

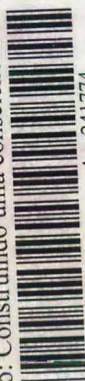
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONSTRUINDO UMA CONSCIÊNCIA COLETIVA VOLTADA PARA A  
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA BASEADA  
NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0416

Autor: Tramontina, Prisci

Título: Construindo uma consciência cole



972518971 Ac. 241774

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0416

Ex.1

**PRISCILLA CIBELE TRAMONTINA**  
**TEREZA CRISTINA VILEN ZANINI**

**FLORIANÓPOLIS**

**2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONSTRUINDO UMA CONSCIÊNCIA COLETIVA VOLTADA PARA  
A PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA  
BASEADA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**Trabalho de conclusão de Curso de  
Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
apresentado a Banca Examinadora:  
Vera Lúcia Guimarães Blank  
Cleusa Rosália Pacheco de Souza  
Elza Berguer Salema Coelho**

**ORIENTADORA: PROF. DRA. VERA LÚCIA GUIMARÃES BLANK  
SUPERVISORA: ENF. CLEUSA ROSÁLIA PACHECO DE SOUZA**

**FLORIANÓPOLIS**

**2002**



*“Ninguém é tão grande que não  
possa aprender, e nem tão pequeno  
que não possa ensinar”.*

*(Píndaro, Poeta Grego)*

## AGRADECIMENTOS

*Muitas foram as pessoas que estiveram presentes em nossas vidas durante esses quatro anos de graduação. Apesar de dividirmos muitos destes momentos, compartilharmos de amizades e experiências em comum, cada uma de nós vivenciou cada momento de forma única e individual. Por isso, mesmo que muitos dos nossos agradecimentos sejam em conjunto, optamos por respeitar a individualidade de cada uma, para podermos agradecer de forma especial cada pessoa que fez parte desta nossa trajetória.*



## **Priscilla Cibele Tramontina**

Ao longo destes quatro anos de universidade muitas pessoas fizeram parte da minha vida, deixando um pouquinho delas e levando sempre um pouquinho do que existe de melhor em mim. De qualquer forma, todos foram especiais e contribuíram para que eu chegasse até aqui. Gostaria de agradecer em especial...

Ao meu pai Anésio, minha mãe Janisse e meu irmão Mauricio, pela confiança e amor incondicional depositados em mim durante esta jornada. Obrigada pela dedicação e carinho com que vocês abraçaram a realização deste sonho, muitas vezes deixando de lado os seus desejos para realizarem os meus. A vocês, meu eterno amor e gratidão. Amo vocês três de montão!!!

Ao meu namorado Luiz, por ser esta pessoa tão linda e especial, que me mostrou um mundo maravilhoso, preocupando-se sempre em renovar minhas esperanças e me fazer feliz. Obrigada por você existir. Amo você!

A Cris, amiga incondicional, com quem pude conviver durante esses 4 anos de graduação. Obrigada pela compreensão, amizade e carinho com que você sempre me tratou. Dividimos muitos momentos incertos, porém conseguimos concretizar nossos ideais. Você merece flores!!!

A professora Vera Blank, por sempre acreditar no meu potencial, aceitando ser minha orientadora tanto na pesquisa quanto neste trabalho. Você é um exemplo de mulher, mãe e profissional a ser seguido. Obrigada pela amizade e carinho durante esses dois anos. Muito do que eu sou hoje devo a você.

A Enfermeira Cleusa Rosália Pacheco de Souza, por acreditar no nosso trabalho, dedicando seu tempo e sua amizade para a concretização dos nossos objetivos. Obrigada pelas dicas e pelo carinho com que sempre nos tratou.

A professora Elza Berguer Salema Coelho, por ter aceitado ser membro da banca dando sempre sugestões preciosas. Obrigada pela amizade e carinho com que você sempre me tratou neste tempo de convivência. Seu bom humor é contagiante!!!

A todos os meus amigos, com quem pude dividir muitos momentos de alegria e descontração. Obrigado por terem me mostrado o verdadeiro sentido da amizade.

Aos funcionários do Centro de Saúde do Itacorubi, pela contribuição preciosa para a realização deste trabalho.

Aos clientes e comunidade do Bairro Itacorubi, que nos receberam de braços abertos. Vocês foram fundamentais para a realização deste trabalho e terão sempre um lugar em minhas melhores recordações.

E, finalmente a Deus, por ter me dado esta oportunidade maravilhosa, ensinando-me a cada passo que eu dava a valorizar o que há de mais precioso: a vida. Obrigada por colocar todas essas estrelas no meu caminho, para que eu pudesse descobrir a felicidade!

## **Tereza Cristina Vilen Zanini**

Vocês acreditam em anjos? Pois acreditem, eles existem!

Os primeiros que eu conheci foram meu pai José Lourenço, minha mãe Clara e minha avó Teresa (em memória), que fizeram da minha felicidade o seu maior objetivo, me amando sempre, apesar dos dias difíceis da adolescência, quando abandonei a Universidade. E agora, com esta segunda chance, torceram, vibraram e me apoiaram em todos os sentidos. Sem eles dificilmente eu teria chegado até aqui. Obrigada por tudo; amo vocês demais!

Outro anjo surgiu, a quem dei o nome de Simone. É minha filha. Maravilhosa companheira, que me animava sempre a continuar, renovando minhas forças e suportando minhas ausências. Obrigada. Te amo muito.

Um terceiro anjo, chamado Clayton Costa, foi um grande amigo que conseguiu despertar em mim o desejo de voltar à Universidade. Você tem tudo a ver com este dia de hoje e estará sempre no meu coração.

Daí para frente me vi rodeada por muitos anjos: todos os amigos com quem convivi durante estes quatro anos, em sala de aula, em estágios, e nas horas de lazer. Com todos aprendi alguma coisa e levarei sempre um pouco de cada um de vocês em mim. Serão meus eternos amores.

Entre eles, um se tornou especial, foi o anjo Priscilla, companheira constante e querida até a última lágrima, até o último sorriso e até a última letra deste trabalho. Sei que ainda haveremos de nos consolar e chorar de rir muitas vezes. Obrigada por sua paciência e por sua amizade.

Não poderia deixar de citar os anjos que, em forma de professores, nos auxiliaram neste nosso caminhar, com seus conhecimentos, sua experiência e sua dedicação. Quero agradecer, em especial, nossa orientadora a professora Vera Lúcia Guimarães Blank, por acreditar em nosso projeto e contribuir imensamente para a elaboração do mesmo; nossa supervisora a Enfermeira Cleusa Rosália Pacheco de Souza, por nos “tirar o chão” muitas vezes, ensinando-nos o que vai além dos livros. Obrigada por sua amizade, seu apoio e seu exemplo. Ao terceiro membro de banca examinadora, a professora Elza Berger Salema Coelho, por aceitar nosso convite, por suas sugestões e pelo tempo dedicado ao exame de nosso trabalho.

Meus colegas de trabalho no Hospital Infantil, que tantas vezes trocaram plantões comigo para que eu pudesse comparecer nas atividades acadêmicas ou estudar para as provas e também a chefia de enfermagem que, na medida do possível, facilitou minha escala de serviço com horário especial, foram todas pessoas que participaram da realização desta minha jornada. Recebam a minha gratidão.

Enfim, agradeço a Deus, o Grande Pai, que me deu mais que a vida. Ensinou-me lições valiosas, presenteou-me com esperança, coragem e determinação. E colocou no meu caminho todos estes anjos em forma de gente.



## RESUMO

Trata-se de um relato de uma prática assistencial desenvolvida como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, realizado no período de 17 de outubro a 17 de dezembro de 2002, no Centro de Saúde do Bairro Itacorubi, Florianópolis – SC. Esta prática assistencial foi fundamentada no referencial teórico metodológico do educador Paulo Freire, tendo como tema a prevenção dos acidentes em crianças de 0 a 6 anos e suas famílias. A escolha do tema se deu pelo fato dos indicadores de mortalidade e morbidade infantil por doenças infecciosas ou passíveis de imunização estarem em queda, ao passo que os indicadores de acidentes na infância vem aumentando e se transformando num problema de saúde pública a nível mundial. Estes se constituem na maior causa de mortalidade, morbidade, gastos com cuidados de saúde e perda do potencial humano. Durante a prática assistencial, realizamos consultas de enfermagem à criança de 0 a 6 anos, conforme a rotina do Programa Municipal Capital Criança, atividades educativas em centro educacional, creche e atividades em salas de espera, tanto com crianças quanto com os pais. Outras atividades desenvolvidas foram consultas a mulher, consultas a gestantes, visitas domiciliares, participação nas reuniões dos agentes comunitários, entre outras. Através desta prática assistencial podemos salientar que contribuimos para a busca constante da construção de aspectos como a prevenção e promoção da saúde com enfoque nos acidentes na infância naquela comunidade, bem como para a construção de um viver mais saudável.

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>12</b>
<b>3. MARCO CONCEITUAL .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1. OS PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2. NOSSOS PRINCIPAIS CONCEITOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).....</b>	<b>26</b>
<b>4.3. CAPITAL CRIANÇA .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4. DESENVOLVIMENTO NORMAL DA CRIANÇA E SEUS RISCOS PARA ACIDENTES, CONFORME A FAIXA ETÁRIA.....</b>	<b>38</b>
<b>4.5 CONTEXUALIZANDO OS ACIDENTES INFANTIS.....</b>	<b>50</b>
<b>4.6. A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>4.7. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>61</b>
<b>5. O CAMPO DE ESTÁGIO.....</b>	<b>69</b>
<b>5.1. O CENTRO DE SAÚDE.....</b>	<b>70</b>
<b>5.2. A POPULACAO ALVO .....</b>	<b>71</b>
<b>6. METODOLOGIA .....</b>	<b>72</b>
<b>7. DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....</b>	<b>78</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>9. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>
<b>10. APÊNDICES.....</b>	<b>105</b>
<b>11. PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O RELATÓRIO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....</b>	<b>135</b>



## 1. APRESENTAÇÃO

Ao longo da história da humanidade, podemos observar claramente a existência de uma busca incessante de métodos para cura e prevenção de várias patologias nos mais diversos campos. Atualmente, grandes esforços são despendidos em campanhas de prevenção a vários agravos a saúde, tais como as doenças cardiovasculares e AIDS. Neste contexto, chamamos a atenção para um tipo de agravo a saúde que depende única e exclusivamente de medidas preventivas, pelo fato de não existir medicamentos ou vacinas para evitá-los: os acidentes. Trata-se de eventos externos, independentes da vontade humana, porém, muitas vezes provocados por atitudes ou comportamentos de risco, mas que segundo experiências e citações bibliográficas são totalmente previsíveis e preveníveis. Dentro deste panorama, destacam-se os acidentes na infância, por se tratar de uma fase de muita vulnerabilidade do ser humano, onde estes eventos podem vir a acarretar danos irreparáveis para a vida futura.

Segundo TEIXEIRA (1993, p. 10), os acidentes constituem uma prioridade na área de Saúde Pública a nível mundial, particularmente em crianças e adolescentes, por representarem a maior causa de mortalidade, morbidade, gastos com cuidados de saúde e perda do potencial humano. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, as causas externas são responsáveis por 19,5% da mortalidade na faixa etária até a adolescência, e no grupo de 5 a 19 anos, são a principal causa de morte. Associado a isto, estão os infinitos danos físicos e emocionais permanentes e incapacitantes causados pelos acidentes na infância, devido a grande vulnerabilidade apresentada pelas crianças durante os seus estágios de desenvolvimento.

Devido à implantação de estratégias de saúde somados aos grandes avanços tecnológicos para diagnosticar doenças, os indicadores de mortalidade e morbidade infantil por doenças infecciosas, bem como por doenças passíveis de imunização, entre outras, estão diminuindo, principalmente nos países em desenvolvimento. Em contrapartida, esta queda nestes indicadores trouxe a tona a problemática dos acidentes na infância, antigamente pouco indicados nas estatísticas de saúde por não representarem uma grande parcela dos atendimentos hospitalares.

O despertar do interesse em desenvolver um trabalho nesta área é resultado da nossa trajetória acadêmica. Uma de nós trabalha em um projeto de pesquisa sobre a morbidade dos acidentes na infância, estando em contato direto com os indicadores referentes a este assunto. Outra trabalha no setor de emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão, observando em sua prática diária, os prejuízos ocasionados pelos acidentes infantis.

Tendo em vista que a grande maioria dos acidentes são fenômenos previsíveis e preveníveis, trata-se então de uma questão comportamental, onde as ações e atitudes tomadas pelos sujeitos envolvidos determinam sua maior ou menor condição de risco para acidentes. Este comportamento provém de fatores culturais, socioeconômicos, oferta de serviços de saúde, ou seja, de todo um contexto de vida existente em cada ser humano. Frente a isto, como referenciam várias bibliografias, o trabalho educativo em saúde é o método mais eficaz para a prevenção destes agravos.

Neste sentido, utilizamos o referencial teórico metodológico do educador Paulo Freire para nortear o trabalho, pelo fato de tratar-se de educação que transforma a realidade a partir da própria realidade do sujeito, respeitando seus costumes e seu cotidiano.



Os acidentes sobrecarregam os serviços terciários de saúde, com atendimentos que poderiam ser evitados se tão somente houvesse maiores cuidados no sentido de preveni-los. Esta prevenção se dá especialmente através do conhecimento dos fatores e processos pelos quais os acidentes acontecem, das características próprias de determinados acidentes e do ambiente social em que ocorrem. Portanto, mesmo sabendo que prevenção e promoção da saúde podem ser feitas em todos os níveis de atenção, optamos por desenvolver o trabalho no nível primário, onde isto se dá de maneira mais direta e efetiva, através de campanhas e métodos educativos. Para tanto, utilizamos a Estratégia de Saúde da Família, a qual prevê atenção integral à criança, que no município de Florianópolis se dá através do Programa Capital Criança. O local escolhido para a realização do estágio foi o Centro de Saúde do Bairro Itacorubi, pertencente ao Distrito Docente Assistencial da UFSC, localizado no município de Florianópolis, no período de 17 de outubro a 17 de dezembro de 2002, cumprindo assim os requisitos da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

- Interagir com a comunidade em parceria com a equipe de saúde local, focalizando uma prática assistencial educativa, voltada para prevenção de acidentes em crianças de 0 a 6 anos de idade, dentro dos princípios da Estratégia de Saúde da Família.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Interagir com a equipe de saúde da família;
- Identificar as necessidades e os fatores de risco para os acidentes na infância na comunidade, bem como os recursos disponíveis para a nossa atuação;
- Atuar nas ações promovidas pelo Capital Criança na instituição e na comunidade, enfocando o atendimento à prevenção de acidentes;
- Construir e desenvolver atividades educativas com prevenção de acidentes na infância nas instituições de ensino da comunidade, bem como no Centro de Saúde;
- Estabelecer vínculo com as famílias da comunidade, a fim de identificar situações de risco que favoreçam a ocorrência de acidentes na infância;
- Atuar na rotina assistencial do Centro de Saúde, a fim de colaborar com a equipe de saúde local e aprimorar nossos conhecimentos para a futura vida profissional.

### 3. MARCO CONCEITUAL

O Marco Conceitual é um guia teórico para a realização de nossas ações, sendo resultado da interação de uma série de influências sócio-políticas e econômicas, que estarão refletidas na atividade didática pedagógica bem como nas nossas relações com a prática profissional (REIBNITZ, 1989 p. 91).

Para ANDRADE (1978) apud REIBNITZ (1989 p. 91),

*“(...) os marcos conceituais devem estar enunciados de tal forma que possam presumir as suas implicações diretas no ensino e no exercício da profissão. Com esta finalidade, o Marco Conceitual deve conter os conceitos que definem a profissão abrangendo principalmente aqueles relacionados ao seu objeto de trabalho, aos objetivos da mesma e aos agentes que a exercem”.*

Ainda discorrendo sobre Marco Conceitual, Monticelli & Silva (1997 p. 2) citam que, *“o marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõem. No campo da prática de enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado”.*

Esta prática assistencial é fundamentada num processo educativo. O tema escolhido para o seu desenvolvimento aborda a prevenção de acidentes na infância, a qual será realizada através de assistência aos clientes/família, bem como comunidade através da educação em saúde, considerado o diferencial na prática da enfermagem. Optamos então por Paulo Freire como referencial teórico por acreditarmos em seus pressupostos onde prega que o processo educativo não se reduz a um ensino vertical, mas sim a uma união de saberes, onde se valoriza muito o conhecimento preexistente em cada ser humano. Acreditamos ainda que esta possível troca de experiências poderá futuramente mudar a realidade da saúde em nosso país, não só no sentido de prevenção de acidentes na infância, mas também reestruturando a forma de pensamento da população e dos profissionais da saúde focalizando a tão sonhada prevenção e promoção da saúde, defendida arduamente pelos profissionais de saúde atuantes em Saúde Pública ou Coletiva bem como por nós, estudantes de enfermagem.

### **3.1. OS PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE**

Além de utilizarmos os conceitos de Paulo Freire referente ao processo de educação em saúde que será desenvolvido nesta prática assistencial, sentimos a necessidade de citar também os seus pressupostos, tão conhecidos e divulgados não só no Brasil, mas em todo o mundo. Conforme o educador FREIRE, (1981, p. 79), o processo educativo está embasado em alguns pressupostos, sendo eles:

- “Ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho”.



- “Ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua construção”.
- “Ensinar exige respeito aos saberes dos educandos”.
- “A educação para ser verdadeiramente humanística deve ser libertadora”.

### 3.2. NOSSOS PRINCIPAIS CONCEITOS

Para conduzir e embasar esta prática assistencial elaboramos alguns conceitos referentes a atuação como profissional de enfermagem, bem como referentes ao processo de educação em saúde e ao tema escolhido para desenvolver o trabalho.

Conforme cita Minayo (1993, p. 92) *“toda a construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas por conceitos. Os conceitos são as unidades de significado que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podemos considera-los como operações mentais que refletem certo ponto de vista da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma, eles se tornam em caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações e, ao mesmo tempo, um caminho de criação”*.

Os conceitos apresentados a seguir foram os selecionados, e servirão de base para esta prática assistencial, norteando as ações tanto assistenciais como educativas. Foram baseados no referencial pedagógico do educador Paulo Freire, bem como conceitos relacionados diretamente a Enfermagem e saúde, elaborados por Maria de Fátima Zampieri e Grupo de Ensino do Departamento de Enfermagem da UFSC.

**SER HUMANO:** conforme cita Paulo Freire (1993, p. 28), *“homem é um ser comprometido capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é seu, um ser histórico. É entendido como ser inconcluso..., capaz de atuar e refletir, que exatamente pela capacidade de refletir, de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas, se torna um ser de práxis”*. Paulo Freire refere-se a homem como sendo todo ser humano, seja ele, homem, mulher, adolescente, criança, idoso.

O trabalho que será desenvolvido como prática assistencial e educativa tem como referência à criança de zero a seis anos de idade. Porém, é impossível tratar de crianças sem estender a nossa prática a sua família, a qual é agente direta na educação e no cuidado dos mesmos. O conceito de família escolhido para permear esta prática foi:

**FAMÍLIA:** *“Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente de interação com outras pessoas, famílias, grupos e instituições (escola, centros de saúde), em diversos níveis de*

*aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver com o grupo". (GAPEFAM)<sup>1</sup>*

Consideramos cada criança bem como os componentes de sua família, incluídos em uma unidade comum, ou seja, a sociedade, como seres humanos únicos, individualizados, conhecedores de valores e crenças tendo assim um saber preestabelecido e uma história de vida. Estes seres humanos são o foco desta prática assistencial, ou seja, assistiremos a criança de 0 a 6 anos, sua família bem como a comunidade em geral.

Consideramos também como ser humano os profissionais da saúde, focalizando diretamente aqui os profissionais Enfermeiros também como seres humanos únicos e individualizados, participantes ativos de uma sociedade sendo então capazes de reestruturar e transformar a realidade comunitária através de propostas construídas por ele em conjunto com a população atendida, possuidores de uma formação acadêmica que embasa e fortalece suas práticas assistenciais e educativas, os quais possuem conhecimento para ensinar, mas também muito para aprender com seus clientes, reafirmando o pressuposto de Paulo Freire “Ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho” (FREIRE, 1981, p. 79).

**ENFERMAGEM:** *“É uma profissão a serviço do ser humano (indivíduo, família e grupos sociais) que exige um corpo de conhecimentos próprios, sistematizados cientificamente, a ser utilizado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Deve atuar em todos os níveis de organização dos serviços de saúde e considera fundamental a atuação em equipe*

---

<sup>1</sup> GAPEFAM – Grupo de assistência, Pesquisa e Educação em saúde da família, vem atuando desde 1985, formado por professores, alunos de graduação e pós-graduação de enfermagem e enfermeiros do Hospital Universitário.



*multiprofissional e interdisciplinar para o adequado resultado assistencial” (Grupo de Ensino apud REIBNITZ, 1989, p.114).*

Consideramos a Enfermagem como uma arte e uma ciência, onde seus profissionais são capacitados para promover e resgatar a saúde bem como prevenir doenças e outros acometimentos relacionados com o processo saúde/doença dos seres humanos. Dentro deste contexto, a enfermagem, através dos seus conhecimentos e suas experiências está apta a compartilhar estes saberes com a criança/família e comunidade contribuindo para a prevenção de acidentes domésticos na infância bem como seus possíveis agravos.

**SAÚDE:** *“é uma condição de bem estar do ser humano em que ele está em equilíbrio consigo mesmo e com o meio ambiente, tendo como determinantes prioritários as condições de vida e qualidade de assistência recebida. Entendemos que este direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a toda a população. Deve levar, portanto, ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Grupo de Ensino apud REIBNITZ, 1989, p.114).*

Compreendemos que o processo saúde/doença é entendido, percebido e vivenciado pelos indivíduos de forma diferente afinal, cada qual possui suas próprias crenças, valores e histórias e condições para manter sua vida. Consideramos então a saúde como um processo em constante movimento, onde os atores principais envolvidos neste projeto são a criança de 0 a 6 anos, sua respectiva família e comunidade, diretamente responsáveis pela harmonia ou desarmonia com o ambiente onde vivem, promovendo

meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver com o grupo.

**AMBIENTE:** *“Refere-se ao contexto interno do ser humano, ao micromundo onde está inserido e ao macromundo com o qual interage, que o influencia e o transforma. O ambiente representa as dimensões micro e macro do seres humanos com todos os fatores sócio-político-econômico-cultural que os influenciam; o contexto interno e social e relações existentes. É o espaço físico, emocional, cultural, político, econômico, social, religioso, os quais compõem o contexto onde se dá as interações, transações e o processo educativo. É o contexto onde se troca, partilha-se, cresce-se, cria-se e recria-se todas as dimensões físicas, emocionais, espirituais e culturais do ser humano” (ZAMPIERI, 1998, p. 65).*

Consideramos como um ambiente saudável para o desenvolvimento e crescimento das crianças bem como para o bem estar geral de seus familiares, aquele que produz condições favoráveis para isto, interagindo e sendo influenciado pelo meio externo, ou seja, pela sociedade e todos os segmentos que promovam ou contribuam com este processo.

**EDUCAÇÃO:** para o educador Paulo Freire (1986, p. 78) *“Educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber*

*relativo. A educação deve ser um ato coletivo e solidário no qual ninguém educa ninguém e ninguém educa sozinho”.*

Esta prática assistencial é fundamentada num processo educativo, onde estão envolvido saberes relativos de ambas as partes, sejam elas científicas ou provenientes do senso comum, prevalecendo uma constante troca de informações e experiências. Para a concretização deste processo, se faz necessário o uso de métodos de comunicação, incluindo o diálogo, citado por Paulo Freire como um *“importante componente do processo educativo. É o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos, endereçado ao mundo a ser transformado e humanizado”*. (FREIRE apud ESMERALDINO, 1999, p. 26). *“O diálogo é fundamentado pelo amor ao mundo e aos homens a humanidade, a fé, e a confiança nos homens que devem existir antes mesmo que o diálogo se instale, a esperança de ser mais e o pensar verdadeiro/crítico, pois sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação. O diálogo é uma relação horizontal permeada por três virtudes: o respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social, o escutar as urgências e opções do educando e a tolerância que é a virtude de conviver com o diferente para poder ligar o antagônico”* (FREIRE, 1981, p. 79).

Uma importante estratégia do processo educativo é o uso do diálogo. Nesta prática assistencial, esta vai ser uma das bases para a comunicação com a população-alvo escolhida, respeitando as suas queixas e seus conhecimentos prévios, bem como a confiança que estes depositam em nós profissionais da saúde, transferindo informações do nosso conhecimento e absorvendo o que provém da população atendida, para assim



conseguirmos concretizar os objetivos com educação em saúde e prevenção dos acidentes na infância.

**ACIDENTES:** Um acidente pode ser definido como: *“Um evento inesperado, súbito e não intencional que causa dano físico a um indivíduo”* (Accidents in Finland 1996, 1997, p.1).

Atualmente, implantar o termo “acidente” está gerando muitas dúvidas entre os profissionais estudiosos desta área. Alguns autores citam os acidentes como eventos totalmente imprevisíveis e, sendo assim, impossível de preveni-los. Outros consideram os acidentes como uma seqüência de eventos que resulta ou poderá resultar em danos físicos, sendo que estes eventos sucessivos são passíveis de prevenção, desde que se conheça o seu mecanismo.

Nesta prática assistencial, abordaremos como acidentes todos os eventos não intencionais, ocasionados por mecanismos externos, desencadeando uma série de eventos consecutivos, que resultarão ou não em lesão corporal.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS foi consolidado pela Constituição de 1988. A forma de implantação e implementação foram expressas através das Leis nº 8.080 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8.142 de dezembro do mesmo ano. Esta legislação é o resultado de um grande evento político sanitário realizado em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se iniciou nos anos 70, com um movimento que apresentava um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma “Reforma Sanitária” e consolidou-se com o evento acima referido. Este evento apresentou como características fundamentais o caráter democrático expresso pela significativa participação da sociedade civil organizada através de milhares de delegados que representavam quase todas as forças sociais, com destaque para a área da saúde e outras afins. Apresentou também características de um processo social que foi deflagrado primeiro nos municípios, após nos estados, e finalmente o movimento nacional.

A Reforma Sanitária e o SUS, conforme concebidos na Constituição e na Lei, trazem todas as diretrizes de uma necessária e profunda Reforma do Estado, conferindo-lhe responsabilidade reguladora dos serviços de saúde no interesse público acima de qualquer outro, novas formas de gestão dos órgãos governamentais, nova relação entre as três esferas do governo, nova relação entre os setores públicos e privado, descentralização responsável, controle técnico e social, eficiente controle de desperdícios, integração entre Saúde Pública e Assistência Médico-Hospitalar e uma lógica que parte das necessidades da população sob

a ótica epidemiológica social e de incorporação de tecnologias, enfim, um novo modelo assistencial (Brasil, CONASS 1998, p.9).

Neste sentido, o movimento sanitário no país tem utilizado a figura de uma pirâmide para representar o modelo técnico-assistencial que gostaríamos de construir com a implantação plena do SUS. Na sua base, estaria localizada a atenção primária à saúde prestada pelas UBS's (Unidades Básicas de Saúde), sendo esta a “porta de entrada” do usuário aos serviços de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária prestados pelos serviços ambulatoriais de especialidades clínicas e cirúrgicas; pelos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e por alguns serviços de urgência e emergência. No topo da pirâmide, finalmente estariam localizados os serviços denominados terciários ou quaternários, ou seja, os hospitais de complexidade crescente. Com isso se pretendia trabalhar a idéia de racionalização do atendimento, com um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima, como de cima para baixo, realizado por mecanismos de referência e contra-referência. (Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda/RJ, 1998).

A Constituição Brasileira, ao ser promulgada, definiu o Brasil como um *Estado democrático de Direito*, onde determina como Lei: “saúde é direito de cada cidadão e é dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e a recuperação da saúde da população...” (Constituição, 1998, artigo 201). Neste contexto político propõe-se a transição de uma cidadania regulada, para uma cidadania plena, sendo reconhecido o direito igual de todos às ações de saúde. Nesse aspecto, o Estado é definido como regulador público, sendo responsável pela garantia desse



direito de cidadania. Outro aspecto estratégico é o de enfatizar a necessidade de reestruturar o Sistema Nacional de Saúde, instituindo um SUS que contenha princípios como a universalidade, integralidade das ações, descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

Este sistema de saúde foi criado para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida esta, como um direito universal e apoiado por um SUS, constituída sob regulação do Estado, que objetiva a eficiência, e a eficácia no setor da saúde, constituído através do incremento de sua base social, da implantação da consciência sanitária dos cidadãos para a implantação de um novo paradigma assistencial de desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle popular sobre o sistema. É considerado um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o Território Nacional, sob responsabilidade das três esferas do Governo: Federal, o qual lidera o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e é responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. Estadual, que coordena as ações da saúde do estado, elabora o Plano Estadual de Saúde, corrige distorções existentes, induz os municípios ao desenvolvimento das ações, controla, avalia e executa apenas as ações que os municípios não forem capazes de executar. Municipal, o qual programa, executa e avalia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

Conforme a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Dos princípios e Diretrizes, Art. 7), a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios e diretrizes:

**Universalidade** – garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.

**Equidade** – garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira. Assim a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.

**Integralidade** – refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de saúde se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas dos sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

**Regionalização e hierarquização** – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescentes, tanto a nível ambulatorial e hospitalar, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição a ser atendida, com acesso a todo tipo de tecnologia disponível.

**Resolutividade** – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

**Descentralização** – é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis do governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto, com isso reforçando também o poder Municipal sobre a saúde, que é o que se chama municipalização da saúde.

**Participação dos cidadãos** – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.

**Complementaridade do setor privado** – a Constituição define que quando for necessário, é possível contratar serviços privados, por insuficiência do setor público.

A criação de um incentivo concreto para dedicação exclusiva ao serviço público de saúde, a união multiprofissional em trabalho de equipe e a participação do estado no cuidado com a saúde da população são requisitos importantes para os enfrentamentos dos problemas encontrados na implementação prática das diretrizes do SUS.

#### **4.2. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em junho de 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

O objetivo do Programa de Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de

assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Ao contrário da idéia que se tem sobre a maioria dos programas em nível central, Saúde da Família não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido.

#### **4.2.1. PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde - SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Esta estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família - uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilização por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

##### **4.2.1.1. A Unidade de Saúde da Família atua com base nos seguintes princípios**

- **Caráter substitutivo:** Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de



assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

- **Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
- **Territorialização e adscrição da clientela:** trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.
- **Equipe multiprofissional:** A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.

Outros profissionais poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência.

Esta equipe deve estar preparada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

#### **4.2.1.2. Compromissos do Município**

Como parte do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde, a implantação e desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família, assim como do PACS, é coordenada pelo gestor municipal, com as seguintes responsabilidades:

- Adequar as unidades básicas de saúde para possibilitar resolutividade na assistência prestada, garantindo a sua relação com os níveis de maior complexidade do sistema;
- Manter o custeio da unidade de saúde;
- Valorizar a família e seu espaço social como núcleo privilegiado de atenção do serviço de saúde;
- Contratar e remunerar os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família;
- Garantir educação permanente para os profissionais envolvidos;
- Contribuir para a organização da comunidade para efetivo exercício da participação e do controle social.

### **4.3. CAPITAL CRIANÇA**

#### **4.3.1. APRESENTAÇÃO**

O Capital Criança é um programa de saúde que faz parte da ação governamental da Prefeitura Municipal de Florianópolis, gestão 1997-2000.

É desenvolvido nos Centros de Saúde pertencentes à Rede Municipal de Saúde, em articulação programática com as demais instituições que prestam atendimento, nos seus diferentes níveis de complexidade, à mulher nos processos gravídico e puerperal e à criança de zero a seis anos de idade.

O desafio do presente programa é resgatar e garantir, aos pequenos cidadãos florianopolitanos, seus direitos sociais e proteger a mulher no processo de gestação, parto e puerpério. As diretrizes são sustentadas nos seguintes pontos básicos: vontade política do governo, competência técnica e capacidade de articulação interinstitucional.

O objetivo geral é a redução da morbidade e da morte evitável no grupo materno e infantil de zero a seis anos, pelo redimensionamento e qualificação da assistência à saúde no município de Florianópolis.

#### **4.3.2. OBJETIVO**

Reduzir a morbidade e o número de mortes evitáveis nos grupos materno e infantil de zero a seis anos de idade, pelo redimensionamento e qualificação da assistência à saúde no município de Florianópolis.

#### **4.3.3. PARCERIAS**

- Ministério da Saúde
- Secretaria de Estado da Saúde
- Unimed
- Sociedade Catarinense de Pediatria
- Associação Catarinense de Medicina
- Universidade Federal de Santa Catarina
- Unicef
- OPAS/OMS



#### **4.3.4. PROTOCOLO DE ATENÇÃO**

##### **4.3.4.1. GESTANTES**

- Garantia de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, com dia e hora marcados;
- Garantia de exames laboratoriais;
- Garantia do exame de ultrassonografia, em torno da vigésima (20<sup>a</sup>) semana de gestação;
- Participação em grupo de gestantes e/ou casais grávidos;
- Consulta pediátrica pré-natal, em torno da trigésima-quarta (34<sup>a</sup>) semana de gestação;
- Garantia do tratamento odontológico para gestantes;
- Busca ativa para as gestantes faltosas.

##### **4.3.4.2. CRIANÇAS 0-6 ANOS**

- Distribuição de um kit, no momento da alta hospitalar, contendo: diploma de cidadão, caderneta de saúde, material para curativo do coto umbilical, termômetro, creme para assadura, sabão de glicerina, folhetos educativos e fotografia do recém-nascido;
- Agendamento de consulta neonatal precoce, entre o sétimo (7<sup>o</sup>) e o décimo (10<sup>o</sup>) dia de vida, com dia e hora marcados;
- Agendamento de consulta, conforme calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria, para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com dia e hora marcados, para crianças de zero a seis anos de idade;

- Referência da criança de risco aos serviços especializados;
- Segurança nutricional, até os seis anos de vida;
- Consulta e tratamento odontológico, a partir do trigésimo dia de vida até seis anos de idade;
- Realização de busca ativa para as crianças faltosas;
- Implantação do piloto da caderneta de saúde do município de Florianópolis para crianças e adolescentes de 0 – 19 anos;
- Avaliação do uso piloto da caderneta de saúde durante o período de outubro de 1999 a outubro de 2000;
- Implantação de consultas especializadas em Pediatria, entre elas Cirurgia Pediátrica, Endocrinologia, Cardiologia, Nutrição e Otorrinolaringologia.

#### **4.3.4.3. PUÉRPERAS**

- Agendamento de consulta, entre o sétimo (7<sup>o</sup>) e o décimo (10<sup>o</sup>) dia pós-parto;
- Agendamento da segunda consulta de puerpério, em torno do quadragésimo-quinto (45<sup>o</sup>) dia de pós- parto, com o ginecologista;
- Garantia de assistência ao Planejamento Familiar.

#### **4.3.5. AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA**

- Estabelecimento de parcerias interinstitucionais, através de protocolo com as instituições parceiras;

- Redirecionamento do modelo assistencial, priorizando o atendimento de gestantes, puérperas e crianças na rede básica de saúde;
- Introdução, em agosto de 1998, da vacina Haemophilus Influenza tipo B para crianças de 0 – 2 anos;
- Elaboração do Projeto de Atenção a Criança e Adolescente em Situação de Risco, com aprovação do mesmo em fórum com parcerias, em outubro de 1998;
- Implementação da Consulta Pediátrica Pré-Natal, a partir de outubro de 1999;;
- Lançamento da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente do município de Florianópolis, em outubro de 1999;
- Participação do Programa Capital Criança, em parceria com Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde, no Estudo da Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em outubro de 1999.

#### **4.3.5.1. AÇÕES EM IMPLANTAÇÃO**

- Atualização do Manual de Condutas em Saúde da Criança;
- Ampliação do número de consultas pediátricas especializadas, nas áreas de: Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Pneumologia;
- Ampliação do número de consultas especializadas em ginecologia de risco.

#### **4.3.6. TREINAMENTOS**

##### **4.3.6.1. Implantação do PACS**

- Contratação de 550 Agentes Comunitários de Saúde em janeiro de 1999, assegurando a Vigilância em Saúde das crianças, gestantes e puérperas;
- Busca ativa das gestantes, puérperas e crianças faltosas as consultas e atendimentos de saúde, através das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Captação precoce das gestantes para o pré-natal, através das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Identificação das gestantes, crianças e famílias expostas às situações de risco;
- Construção da base territorial para o geoprocessamento de dados, o que permite identificar o diagnóstico de saúde e a real condição de vida das crianças, gestantes e puérperas em suas microáreas no município de Florianópolis.

#### **4.3.7 INDICADORES**

- No ano de 2001, houve uma redução no coeficiente de mortalidade infantil para 9.71 por mil nascidos vivos;
- Atinge 99% das puérperas e recém-nascidos de Florianópolis, com 78% de opção pela rede pública;
- Alcança 100% de cobertura vacinal;
- Atinge 100% na investigação da mortalidade infantil;
- 44% das mulheres amamentam seus filhos exclusivamente até o 4<sup>o</sup> mês de vida;
- Recuperação nutricional de 28% das crianças, quando o índice no Brasil é de 20%.



#### 4.3.8 RESULTADOS

- 5799 recém-nascidos e 5772 puérperas visitadas pelas agentes educadoras, nas maternidades de Florianópolis e São José, no ano de 2001; 3539 gestantes atendidas na rede básica, no ano de 2001;
- 13469 consultas de pré-natal, no ano de 2001;
- 3704 consultas de puerpério, entre o 7<sup>o</sup> e o 10<sup>o</sup> dia, no ano de 2001;
- 2283 ultrassonografias obstétricas, no ano de 2001;
- 4383 coletas de testes do pezinho, no ano de 2001;
- Distribuição de 5017 kits para crianças residentes em Florianópolis, no ano de 2001;
- Distribuição de 755 kits para crianças nascidas em Florianópolis, residentes em outros municípios, no ano de 2001;
- Realização de 1051 consultas especializadas, no ano de 2001;
- 371 crianças cadastradas no Plano de Combate às Carências Nutricionais;
- Cadastramento de 76 gestantes com baixo peso, no Plano de Combate às Carências Nutricionais;
- Atendimento de 114 crianças de 6 meses a 2 anos, no Programa de Leites Especiais. Este Programa tem caráter preventivo: as crianças com distúrbio nutricional específico - alergia ao leite de vaca, intolerância à lactose, etc., recebem leite especial;
- 900 crianças cadastradas no Programa Hora de Comer;
- Atendimento de 115 crianças e 7 gestantes cadastradas no Programa de Suplementação Alimentar de Crianças e Gestantes Soropositivas para HIV. Este

Programa tem caráter preventivo: crianças soropositivas com idade entre 6 meses e 13 anos, crianças filhas de mães soropositivas, independente da sorologia, com idade entre 6 e 18 meses e gestantes soropositivas, recebem cesta nutricional. As crianças menores de 6 meses, filhas de mães soropositivas, recebem leite especial.

#### **4.3.9 REPLICABILIDADE**

- A metodologia da experiência está sendo compartilhada e transferida oficialmente na recuperação das políticas sociais dos seis municípios mais pobres de Santa Catarina, mediante a formação e manutenção de rede de apoio;
- O Estado de Santa Catarina elege essa estratégia e adota o “kit” de primeiros cuidados com o recém-nascido;
- Outras cidades brasileiras começam a reproduzir o modelo, como é o caso de Goiânia/GO, Cascavel/PR, São José/SC. À medida que está havendo a divulgação, as cidades estão incorporando essa experiência na sua prática;
- Adoção, em nível nacional, das experiências da cesta básica para crianças filhas de mães soropositivas para HIV e sua família;
- Adoção da vacina anti-Haemophilus B no esquema nacional, um ano após a introdução em Florianópolis;
- A Sociedade Brasileira de Pediatria estuda lançamento da caderneta de saúde, baseada no modelo do município de Florianópolis e, em Santa Catarina, o modelo será adotado em todo o Estado;

- Através do Programa Docente-Assistencial, outros atores estão se beneficiando com essa experiência, porque ele interfere no processo de formação dos futuros médicos que estão trabalhando dentro da metodologia proposta pelo Capital Criança.

#### **4.4. DESENVOLVIMENTO NORMAL DA CRIANÇA E SEUS RISCOS PARA ACIDENTES, CONFORME A FAIXA ETÁRIA**

Durante a realização da revisão de literatura para a elaboração do projeto assistencial, sentimos a necessidade de contextualizar os acidentes conforme a idade da criança, pelo fato de nos proporcionar uma melhor compreensão dos possíveis danos causados bem como possibilitar um maior suporte teórico ao realizarmos a assistência à população alvo, a qual é constituída por crianças de todas as faixas etárias.

Os tipos de acidentes ocorrem em proporções diferentes em cada faixa etária. Estas diferenças entre faixas etárias refletem diferenças cognitivas, de percepção, de linguagem e de habilidades motoras. Além disso, estão associadas com o desenvolvimento e controle do conhecimento em relação à exposição aos riscos, e com as modificações do ambiente (Teixeira, 1993, p. 13).

De modo geral, é importante a identificação do risco de acidentes de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e dos hábitos comportamentais comuns ao período que estão, para que se possa definir um programa de prevenção dirigido a cada faixa etária. Fatores predisponentes como nível socioeconômico, supervisão inadequada, estresse familiar e condições impróprias de moradia devem ser sempre considerados no estudo dos

acidentes infantis. Características de personalidade infantil (hiperatividade, agressividade, impulsividade e distração), assim como diferentes competências cognitivas, perceptivas, motoras e de linguagem proporcionam um melhor conhecimento das contribuições da criança na ocorrência de acidentes (BARACAT, 2000, p. 369).

A maioria dos especialistas no campo do desenvolvimento infantil categoriza, de maneira conveniente, o crescimento e o comportamento da criança em estágios etários aproximados ou em termos que descrevem os aspectos de um grupo etário. Essa categorização permite um meio conveniente para descrever as características associadas à maioria das crianças nos períodos em que as alterações nítidas de desenvolvimento aparecem e que as tarefas específicas devem ser realizadas. Entende-se como tarefa de desenvolvimento, o conjunto de habilidades e competências peculiares a cada estágio do desenvolvimento que as crianças devem realizar ou dominar para lidar efetivamente com seus ambientes.

A seguir serão apresentados os níveis de desenvolvimento da criança, bem como os tipos mais comuns de acidentes conforme a faixa etária, sendo especificadas através da classificação de SCHVARTSMAN (1986) e WHALEY & WONG (1999): recém nascido, primeiro semestre de vida, segundo semestre de vida, de um a três anos de idade, três a sete anos de idade e mais de sete anos de idade.



#### 4.4.1. O RECÉM NASCIDO

##### **Principais características:**

O recém nascido não pode controlar seus músculos nem suas emoções. Quando está bem e se sente confortável, permanece tranquilo, dormindo ou semi-adormecido a maior parte do tempo. Chora e agita braços e pernas quando se sente desconfortável. Colocado de bruços, não consegue levantar a cabeça, nem se vira sozinho. Não é capaz de agarrar objetos por vontade própria, mas se estes são colocados na palma de sua mão ou nas proximidades dos dedos, ele os agarrará firmemente. O recém nascido depende inteiramente dos adultos (SCHVARTSMAN, 1986, p. 3).

##### **Principais acidentes e riscos:**

**Afogamento:** podem ocorrer durante o banho;

**Intoxicações:** geralmente motivadas por medicamentos mal administrados, antissépticos inadequados usados pela mãe para a higiene de seus próprios seios;

**Queimaduras:** produzidas pelo excessivo aquecimento da água do banho ou do preparo de mamadeiras. Também podem ser motivadas por fósforos e cigarros da mãe fumante;

**Sufocação e engasgos:** podem ocorrer na criança deitada no berço e durante a alimentação. Também podem ser motivados por brinquedos inadequados e por aspiração de talcos;

**Traumas:** podem ser causados pela mãe ou responsável, que deixa a criança cair do colo ou do berço, acidente particularmente freqüente quando o adulto é alcoólatra ou consumidor de drogas (SCHVARTSMAN, 1986, p. 3).

#### 4.4.2. PRIMEIRO SEMESTRE DE VIDA

##### **Principais características:**

O primeiro semestre de vida é um período de rápido desenvolvimento do bebê. Nele, a criança deixa, aos poucos, de ter o aspecto frágil e delicado do recém nascido (SCHVARTSMAN, 1986, p. 9).

- adquire gradualmente o controle da cabeça e sustentação do corpo;
- aperta a própria mão e puxa cobertores e roupas;
- rola do decúbito dorsal para o lateral, ou do decúbito ventral para o dorsal;
- leva objetos diretamente para a boca;
- tenta alcançar objetos com a mão ; agarra e manipula pequenos objetos;
- aprecia o banho e agita-se muito durante o mesmo.

##### **Principais acidentes e riscos:**

**Afogamento:** pode ocorrer durante o banho, com a criança que , por qualquer motivo, fica sozinha na água;

**Ingestão de corpos estranhos:** pode ocorrer quando a criança está no berço e também devido ao uso de brinquedos inadequados para a idade, por possuírem peças muito pequenas;

**Intoxicações:** em geral são causadas por medicamentos mal administrados, pelo uso de anticépticos impróprios ou pela utilização de inseticidas domésticos;

**Queimaduras:** podem ser produzidas pelo excessivo aquecimento da água do banho ou do preparo de mamadeiras. Também podem ser motivadas por fósforos e cigarros da mãe fumante;

**Sufocação e engasgos:** são riscos de acidente para as crianças que recebem alimentação enquanto está deitada ou que usa brinquedos inadequados;

**Traumas:** podem ser causados por queda do colo de adultos, queda de um leito sem proteção, queda do móvel de trocar fraldas, queda do carrinho durante um passeio ou por brincadeiras inadequadas (SCHVARTSMAN, 1986, p. 9).

#### **4.4.3. SEGUNDO SEMESTRE DE VIDA**

##### **Principais características:**

O desenvolvimento, rápido no primeiro semestre, continua acelerado no segundo. Uma das características mais importantes agora é o aumento significativo dos movimentos e do campo de ação da criança (SCHVARTSMAN, 1986, p. 15).

- senta, inclinando-se para diante sobre ambas as mãos, passando a sentar-se ereta momentaneamente e posteriormente, senta-se com maior equilíbrio e por um período mais prolongado;

- engatinha sobre as mãos e os joelhos;
- puxa-se para ficar na posição em pé e fica em pé segurando nos moveis;
- pode tentar ficar em pé sozinha por um momento e impulsiona-se para caminhar, segurando na mobília;
- procura persistentemente por brinquedos ou objetos fora do alcance.

### **Principais acidentes e riscos:**

**Afogamento:** pode ocorrer durante o banho, com a criança que , por qualquer motivo, fica sozinha na água;

**Aspiração ou ingestão de corpos estranhos:** devido ao habito de levar tudo a boca, a criança fica sujeita a aspirar ou engolir pequenos objetos, ou introduzi-los no nariz ou no ouvido;

**Choque elétrico:** ao engatinhar, a criança pode tentar introduzir o dedo em tomadas elétricas sem proteção, ou pegar em fios desprotegidos;

**Intoxicação:** também pelo fato de engatinhar, a criança fica sujeita ao contato com substancias tóxicas que estiverem ao seu alcance;

**Quedas:** nesse período, as quedas são freqüentemente causadas pelo ato de engatinhar, mas o acidente também é registrado com a criança que rola no leito, que se senta em equilíbrio instável e que tenta se por de pé;

**Queimaduras:** quase sempre são provocadas por líquidos muito aquecidos ou por produtos químicos ao alcance das crianças (SCHVARTSMAN, 1986, p. 15).



#### 4.4.4. DE UM A TRÊS ANOS DE IDADE

##### **Principais características:**

O período de um a três anos de idade é universalmente reconhecido como o período do acidente. Nesta faixa etária, os acidentes ocorrem com maior frequência e são relativamente mais graves. A vigilância que era quase total nas primeiras fases da vida, passa a ser gradativamente associada à educação para a segurança (SCHVARTSMAN, 1986, p. 21).

- caminha sem auxílio; arrasta- se em escadas, passando a subir e descer sozinho;
- a principio, corre de maneira desajeitada, passando a correr com habilidade e equilíbrio;
- empurra e puxa os brinquedos ou outros objetos;
- salta de uma cadeira ou de um degrau ;
- arremessa objetos;
- é capaz de alcançar níveis mais elevados, escalando, esticando- se e ficando em pé sobre as pontas dos dedos;
- explora orifícios e aberturas; pode abrir gavetas , armários e recipientes;
- aumenta a independência em relação aos pais.

**Principais acidentes e riscos:**

**Afogamento:** nesta fase, o acidente por afogamento costuma ocorrer em piscinas que a criança passa a frequentar, bem como em outros locais para banhos como lagoas, rios e praias;

**Choque elétrico:** neste caso, o acidente é causado por tomadas descobertas, fios desencapados e aparelhos elétricos em geral, sobretudo os eletrodomésticos;

**Corpos estranhos:** nesta faixa, a criança apresenta maior risco de aspirar ou engolir corpos estranhos, bem como aumenta suas possibilidades de introduzir um pequeno objeto no nariz ou no ouvido;

**Intoxicações:** agora as intoxicações podem ser causadas por substâncias mais diversas, nos locais mais variados;

**Picadas venenosas:** as principais picadas de animais peçonhentos a que está sujeita a criança nesta idade são a das aranhas, escorpiões e insetos. Naturalmente, esse risco depende muito do ambiente e da circunstância em que vive a criança;

**Quedas e colisões:** as quedas agora são de locais mais altos, como cadeiras, escadas, janelas. As colisões também se dão contra os mais variados obstáculos.

**Queimaduras:** as queimaduras são acidentes produzidos por diferentes causas: térmica (na cozinha, em fogueiras), química (ácidos e substâncias corrosivas) e elétricas (choques) (SCHVARTSMAN, 1986, p. 22).

#### 4.4.5. TRÊS A SETE ANOS DE IDADE

##### **Principais características:**

Neste período a vigilância da criança começa escapar do estreito controle da família. O mundo da criança, antes restrito, começa a ampliar-se. Ela já frequenta outros ambientes, conhece mais pessoas, brinca no parque, na calçada, tem amigos e gosta de animais. Começa a frequentar um jardim de infância ou uma escolinha pré-primaria. Esta situação é inteiramente nova em sua vida e lhe apresenta novos riscos a enfrentar (SCHVARTSMAN, 1986, p. 29).

- apresenta enorme energia, curiosidade e movimentação;
- aumenta gradativamente a destreza;
- é capaz de fazer curvas fechadas quando corre;
- é capaz de pedalar triciclo;
- brinca e briga bastante;
- é capaz de usar gradativamente uma faca para cortar alimentos;
- por vezes fica sozinho em casa por uma hora ou mais.

##### **Principais acidentes e riscos:**

**Acidentes de trânsito:** nesta faixa de idade a criança começa a ficar exposta a este tipo de acidente por começar a frequentar ruas e avenidas, além de veículos automotores geralmente sem proteções;

**Afogamento:** a partir de agora, qualquer grande volume de água já oferece riscos para a criança. As atenções devem estar voltadas para a vigilância sobre piscinas, lagos, rios e mares;

**Choque elétrico:** a curiosidade natural pode levar a criança a arriscar-se ainda mais com acidentes devidos à eletricidade;

**Ferimentos:** este tipo de acidente pode resultar de alguma agressão, do uso de objetos cortantes e até mesmo de armas;

**Intoxicações:** aqui há pouca variação da situação apresentada no período imediatamente anterior. As intoxicações mais freqüentes são ainda as causadas por plantas venenosas, medicamentos mal usados, produtos químicos domésticos e inseticidas em geral;

**Mordeduras:** qualquer animal doméstico pode, até sem querer, morder o seu dono. Daí a freqüência das mordeduras nas crianças de 3 a 7 anos de idade;

**Picadas venenosas:** as principais picadas de animais peçonhentos a que está sujeita a criança nesta idade são a das aranhas, escorpiões e insetos. Naturalmente, esse risco depende muito do ambiente e da circunstância em que vive a criança;

**Quedas e colisões:** o próprio desenvolvimento natural da criança, elevando sua capacidade de movimentação, amplia o risco destes acidentes em casa, na rua, na pré-escola, nas áreas de recreação;

**Queimaduras:** além das citadas anteriormente, agora a criança pode estar sujeita a queimaduras provocadas também por fogos de artifício e fogueiras (SCHVARTSMAN, 1986, p. 29).



#### **4.4.6. MAIS DE SETE ANOS DE IDADE**

##### **Principais características:**

Nesta faixa etária, a criança expande progressivamente sua liberdade, sua independência e sua individualidade, mas nem por isso deixa de necessitar de proteção carinhosa do adulto. É importante, portanto, que os pais compreendam o comportamento independente que ela passa a apresentar (SCHVARTSMAN, 1986, p. 35).

Neste grupo etário, as situações de risco são relativamente freqüentes e dos tipos mais variados. Por isso, é mais importante aprimorar sua capacidade para enfrentar situações perigosas do que tolher ou restringir seu comportamento.

- apresenta habilidades físicas aumentadas;
- aprecia atividades físicas e esportes de grupo;
- é ousado e aventureiro, especialmente com os colegas;
- a confiança freqüentemente excede a capacidade física;
- ajuda com as tarefas e faz uso de utensílios e ferramentas domésticas;
- tem crescente independência e é cada vez mais envolvido por atividades fora de casa.

##### **Principais acidentes e riscos**

**Acidentes de trânsito:** nesta faixa de idade a criança começa a ficar muito mais exposta a este tipo de acidente por começar a freqüentar ruas e avenidas para brincar e para freqüentar a escola, além de veículos automotores geralmente sem proteções;

**Afogamento:** a partir de agora, qualquer grande volume de água já oferece riscos para a criança. As atenções devem estar voltadas para a vigilância sobre piscinas, lagos, rios e mares;

**Choque elétrico:** a curiosidade natural pode levar a criança a arriscar-se ainda mais com acidentes devidos à eletricidade;

**Ferimentos:** este tipo de acidente pode resultar de alguma agressão, do uso de objetos cortantes e até mesmo de armas;

**Intoxicações:** aqui há pouca variação da situação apresentada no período imediatamente anterior. As intoxicações mais freqüentes são ainda as causadas por plantas venenosas, medicamentos mal usados, produtos químicos domésticos e inseticidas em geral;

**Mordeduras:** qualquer animal doméstico pode, até sem querer, morder o seu dono. Daí a freqüência das mordeduras nas crianças de 3 a 7 anos de idade;

**Picadas venenosas:** as principais picadas de animais peçonhentos a que está sujeita a criança nesta idade são a das aranhas, escorpiões e insetos. Naturalmente, esse risco depende muito do ambiente e da circunstância em que vive a criança;

**Quedas e colisões:** o próprio desenvolvimento natural da criança, elevando sua capacidade de movimentação, amplia o risco destes acidentes em casa, na rua, na pré-escola, nas áreas de recreação;

**Queimaduras:** além das citadas anteriormente, agora a criança pode estar sujeita a queimaduras provocadas também por fogos de artifício e fogueiras (SCHVARTSMAN, 1986, p. 29).

#### 4.5 CONTEXTUALIZANDO OS ACIDENTES INFANTIS

A modificação no perfil de mortalidade ocorrida nos últimos anos, em consequência do controle das doenças infecciosas, vem despertando maior atenção dos profissionais da área da saúde para a ocorrência de acidentes. As pesquisas sobre o assunto parecem indicar que a morbidade por acidentes é extremamente elevada, até 400 vezes maior que a mortalidade, ocasionando graves seqüelas físicas e emocionais, além de elevados gastos com serviços de saúde. (TEIXEIRA, 1993, p. 42).

Segundo TEIXEIRA (1993, p. 5), os acidentes na infância são um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, por constituírem a maior causa de mortalidade, morbidade, gastos com cuidados de saúde e perda do potencial humano.

No campo da saúde, os acidentes vem sendo estudados, predominantemente, no que se refere à sua exposição em lesões ou traumas no corpo do indivíduo que chegam a receber algum tipo de assistência médica ou que evoluem para óbito. Estima-se que uma quantidade considerável de acidentes na infância não chegam ao conhecimento dos profissionais de saúde e/ou autoridades governamentais, uma vez que os mesmos não foram notificados por não necessitarem atendimento médico, ou os familiares e/ou responsáveis pela criança não tiveram acesso a serviços de saúde. Assim, pode-se afirmar que as estatísticas disponíveis, no que se refere tanto aos dados de mortalidade e morbidade, representam apenas a “ponta de um iceberg” uma vez que refletem apenas os casos de acidentes com atendimento médico e/ou que levaram ao óbito (Laflamme, Eilert-Petersson & Schelp, 1999, p. 13).

SANTILLO (1994) apud DONOSO (2000, p. 6) comprova a alta freqüência dos traumas acidentais por causas externas, afirmando que os mesmos representam a terceira

causa de mortalidade, e são a primeira causa de óbitos entre indivíduos de 05 a 40 anos de idade. Conforme TACAHASHI (1991, p. 6), o trauma acidental representa a primeira causa de morte entre indivíduos na faixa etária de 04 a 49 anos no estado de São Paulo. Ainda, THOMPSON E ASHWILL (1996, p. 7), citam que os acidentes matam e incapacitam mais crianças do que qualquer doença humana, e são as principais causas de morte na infância.

Nos Estados Unidos da América onde existe um sistema de vigilância por causas externas mais fidedignas, estima-se que os acidentes ocasionam mais de 150.000 mortes e 80.000 seqüelas permanentes por ano, sendo que na faixa etária de zero a dezenove anos, causam mais mortes do que todas as doenças combinadas. Em 1986, mais de 22.000 pessoas na faixa etária citada morreram em consequência de acidentes naquele país. Estes dados significam que nos Estados Unidos, os acidentes são os responsáveis por quase 40% das mortes em crianças de um a quatro anos e quase 70% das mortes na faixa etária de cinco a dezenove anos. Estima-se que, a cada ano, os acidentes causam a hospitalização de 600.000 crianças, levam quase 16 milhões a procurarem serviços de emergência e que, além disso, levam 30.000 menores de dezenove anos a sofrerem seqüelas permanentes (TEIXEIRA, 1993, p.10). Além disso, são incalculáveis os efeitos que estes acidentes provoquem no desenvolvimento das crianças, na sua vida diária e capacidade de produção futura.

BACK, LENTZ e SCHMITZ (1989) apud DONOSO (2000, p. 9), ressaltam que, nos países em desenvolvimento, a participação dos acidentes como causa de mortalidade infantil vem crescendo acentuadamente, embora a dimensão total do problema não esteja completamente definida, em função dos sub-registros.

No Brasil, a mortalidade por causas externas - violência e acidentes - a partir da década de 80 ocupa o segundo lugar no quadro geral de mortalidade, nas várias regiões do



país, excetuando a região sul onde ocupa o terceiro lugar. Dados do Ministério da Saúde apontam que para o ano de 1997 os acidentes de transporte apresentaram-se como a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos e segunda causa entre crianças de 1 a 4 anos. Merecem destaque também os afogamentos como segunda causa de morte entre 5 e 14 anos (Ministério da Saúde, 2000).

Dados de 1979 mostram que os acidentes com veículos automotores foram responsáveis por mais de 35% das mortes em crianças por causas externas, sendo que as taxas, em cada grupo etário, foram consideravelmente mais altas do que as registradas em outros países. Aqui, os atropelamentos foram analisados em conjunto, sendo que foram mais frequentes na faixa etária de cinco a nove anos. Os afogamentos vieram em segundo lugar como causa de mortalidade, sendo que sua ocorrência foi mais comum na faixa de dez a quatorze anos (5.62/100.000) e abaixo dos cinco anos (3.55/100.000). As queimaduras também foram frequentes, tendo sido registradas no Brasil, em 1979, 508 mortes infantis. Porém calcula-se que tenha havido muito mais, não tendo sido detectadas pelos registros disponíveis. As quedas levaram a óbitos, principalmente, entre as faixas de um a quatro anos e de cinco a nove anos. Embora a mortalidade não tem sido muito elevada, é uma causa que, na grande maioria das vezes é totalmente evitável (TEIXEIRA, 1993, p.11).

Segundo um estudo realizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, entre os anos de 1984 e 1985 analisou 220 acidentes ocorridos neste período cujas vítimas necessitaram de internação. Os autores destacaram os tipos mais frequentes de acidentes ocorridos: acidentes de trânsito (63 casos), quedas (60 casos), queimaduras (42 casos) e intoxicações exógenas (21 casos). Constatou-se que os índices mais alto de óbitos foi diretamente proporcional ao índice de acidentes de trânsito (35,7%), seguido das

queimaduras (28,5%) e de aspiração de corpos estranho e quedas (14,4%). (BACK, LENTZ E SCHMITZ, 1989 apud DONOSO, 2000, p. 8).

Ainda no município de Florianópolis, outra pesquisa realizada no Hospital Infantil Joana de Gusmão, analisou os a morbidade dos acidentes em crianças menores de 12 anos atendidas no setor de emergência desta instituição, no ano de 2000. Foram analisadas 1678 casos de atendimentos por acidentes dos mais variados tipos. Através da análise dos dados as autoras perceberam que os acidentes estão bem distribuídos em todas as faixas etárias analisadas, tendo como media a idade de 5,3 anos. O tipo de acidente que prevaleceu foi queda, totalizando em 34.7% dos atendimentos analisados, seguido por 30.5% onde o tipo de acidente foi ignorado, porém houve lesão corporal compatível com acidente. Quanto à natureza da lesão prevaleceu a opção “outro”, com 20.4% de frequência, onde se incluem traumas torcionais, ferimentos perfurantes, hematomas, laceração, contusões entre outros, seguido de fratura e traumatismo craniano, os quais apresentaram frequência de 18.6% e 18.1% respectivamente. A parte do corpo mais atingida pelas lesões acidentais foi cabeça e pescoço, totalizando uma frequência de 38.6% seguida pelos membros inferiores e superiores com 27.4% e 19.5% respectivamente. (TRAMONTINA e BLANK, 2000, p. 15).

A grande maioria dos dados sobre acidentes que se tem até o momento são provenientes da mortalidade. Estes dados não constituem um indicador sensível para medir a extensão do problema e para avaliação do impacto de programas preventivos. Os dados de morbidade são escassos devido a várias dificuldades metodológicas, desde a definição do que é acidente, até a interpretação e o uso dos resultados. Alguns autores consideram, inclusive que a palavra acidente é a origem da confusão entre o que é prevenível e o que é imprevisível, sendo assim, inevitável.

Os acidentes ocorrem subitamente e são vistos como algo imprevisível e inevitável. Os pais acreditam que os acidentes não ocorram com crianças bem supervisionadas, porém a prevenção de acidentes requer muito mais que supervisão. Existem meios de prevenção de acidentes como tapar tomadas elétricas, colocar proteções em janelas de edifícios, sendo que, se medidas como estas não forem adotadas, apenas a supervisão de um adulto não será suficiente. Os acidente, bem como as doenças, ocorrem em padrões altamente previsíveis e, portanto, são controláveis (TEIXEIRA, 1993, p. 13).

Os mais variados tipos de acidentes ocorrem em proporções diferentes em cada faixa etária, com maior ou menor frequência conforme a idade. As diferenças mais marcantes nas taxas de acidentes, de acordo com cada faixa etária, refletem diferenças cognitivas, de percepção, de linguagem e de habilidades motoras. Além disso, estão associadas com o desenvolvimento e controle do conhecimento em relação à exposição aos riscos e com as modificações do ambiente. As crianças têm como característica a necessidade de explorar e experimentar o ambiente que a cerca, o que a torna mais vulnerável.

A problemática dos acidentes na infância é reforçada por SHVARTSMAN e KRYMSKI (1994) apud DONOSO (2000, p. 9), ao considerarem que nos últimos anos as causas de mortalidade infantis vêm, no seu conjunto, decrescendo, enquanto a participação dos acidentes vem aumentando. Para eles, tal fato significa que paradoxalmente, o progresso social de uma comunidade é acompanhado da piora do agravo ou é determinante deste.

Deve-se levar em consideração que muitos fatores contribuem para a variação de ocorrência de acidentes em diversos países. Entre eles pode-se citar os fatores sócioeconômicos e culturais, diferenças na exposição aos agentes de acidente não



intencionais e à violência intencional. Também estão bem estabelecidas como causas de acidentes a pobreza, o estresse familiar, a doença materna ou de membros da família, cuidados de saúde de baixo padrão, alcoolismo, mudança de moradia ou ambiente aumento da atividade e ocupação dos pais. Vale ressaltar também que a maioria dos locais onde se vive são planejados para adultos e por adultos, e proteções especiais para crianças são esquecidas (TEIXEIRA, 1993, p. 5).

Discorrendo sobre os tipos de acidentes mais frequentes na infância, MURAHOVSKI (1997) apud DONOSO (2000, p. 10) cita politraumatismos, traumatismos crânioencefálicos (TCE), queimaduras, afogamentos, aspiração de corpos estranhos, corpos estranhos em vias digestivas, ingestão de corrosivos, mordeduras de animais e acidentes por animais peçonhentos. Ainda para CRESPI (1996, p. 9), alguns dos acidentes mais frequentes na infância são as quedas, queimaduras, asfixia, intoxicações exógenas, ferimentos e acidentes de trânsito.

Durante a elaboração deste projeto assistencial, especificamente ao elaborarmos a revisão de literatura, sentimos ser essencial destacar alguns tipos de acidentes considerados corriqueiros na prática de profissionais da saúde. Enfocaremos alguns dados respectivos aos seguintes escolhidos, sendo eles: acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, acidentes com armas de fogo, acidentes corantes, semi-afogamentos, intoxicações e introdução ou aspiração de corpos estranhos.

No Brasil, os acidentes de trânsito foram responsáveis por sete mil óbitos de crianças e adolescentes no ano de 1996 (FREIRE, 1998 apud DONOSO 2000, p. 10). ALVES et al (1997, p. 10) destaca que os acidentes automobilísticos e os atropelamentos estão entre as principais etiologias do politrauma em três unidades de terapia intensiva em São Paulo. Estudando os TCEs graves que acometeram crianças, CARVALHO (1996, p.



10) refere que este agravo acomete crianças que sofreram atropelamentos e adolescentes que foram vítimas de acidentes de trânsito.

As quedas representam imediatamente a seguir aos acidentes automotivos, a segunda causa de morte por traumatismo acidental nos Estados Unidos em todas as idades, além de ser a maior responsável por traumatismos na infância. (PEDIATRICS, 2001, p. 419). Segundo GUERPELLI e RIBAS (1989) apud DONOSO (2000, p. 10), constituem uma das principais causas de TCE em crianças. Conforme vários estudos consultados, as quedas constituem-se como um fator etiológico importante nas lesões não intencionais.

Entre os traumas referidos como mais graves por ROSSI et al (1998) apud DONOSO (2000, p.11) estão as queimaduras, sendo considerados como um sério problema de saúde pública. Os mesmos autores afirmam que os dados disponíveis são escassos, o que dificulta a implantação de programas de tratamento e prevenção. Afirmam ainda que as queimaduras são acidentes predominantemente domésticos, variando o agente conforme a faixa etária. Vale ressaltar que um aspecto preocupante refere-se à carência de leitos hospitalares destinados especificamente para a terapia de queimados. No Brasil, os centros de tratamento de queimados ainda não conseguem atender a demanda de casos. (PAIVA e KAZUE, 1998 apud DONOSO, 2000, p. 12).

O emprego inadequado de armas de fogo na infância e na adolescência é uma das principais causas de morte. (MOURA, 1997 apud DONOSO, 2000, p. 12). DONOSO afirma acreditar que os acidentes por armas de fogo têm forte relação com a questão da violência urbana no nosso meio, atualmente em níveis assombrosos. Segundo WHALEY e WONG (1999, p. 292), a maioria destes óbitos ocorre dentro ou perto de casa.

No interior de São Paulo, observou-se que de 170 acidentes ocorridos em crianças, 22 casos (13%) referiam-se a cortes CIAMPO, RICCO E MUCCILO, 1997 apud

DONOSO (2000, p.12). Apesar de estes acidentes, neste caso, representarem uma pequena parcela, sabemos que os acidentes cortantes são bastante freqüentes na infância, porém geralmente não acarretam muitas complicações às crianças atingidas. Muitas vezes necessitam de algumas intervenções médicas não tão complexas como suturas e curativos. Entretanto, é essencial que estejam presentes nos programas de prevenção de acidentes, afinal, estas lesões geralmente ocorrem decorrentes de instrumentos utilizados diariamente no ambiente domiciliar, sendo atrativos comuns às crianças por serem mantidos normalmente ao seu alcance.

Segundo MURAHOVSKI (1997, p. 13), o afogamento ocorre mais freqüentemente entre indivíduos de sexo masculino, com idades variando entre 1 a 4 anos e em adolescentes. Conforme CARVALHO (1996) apud DONOSO (2000, p. 13), o acidente por submersão é um dos principais responsáveis por complicações neurológicas em pacientes pediátricos devidas à asfixia. Um tempo de submersão de cinco minutos causa asfixia e alterações cerebrais importantes.

WHALEY e WONG (1999, p. 291) citam que as intoxicações são uma das importantes causas de morte em crianças com menos de 5 anos de idade. A incidência mais elevada acontece naquelas do grupo etário de 2 anos, com segunda incidência mais elevada ocorrendo em crianças com 1 ano de idade. Ressaltam que, quando a locomoção da criança começa, o risco está presente em quase todos os lugares, afirmando ainda que existem mais de 500 substâncias tóxicas em uma casa comum, e que cerca de dois terços de todas as intoxicações ocorrem na cozinha, principalmente por motivo de armazenamento inadequado. Ressalta ainda a intoxicação por plantas nos lactentes, por estas normalmente estarem colocadas próximas ao chão. Nem todas as intoxicações são provenientes da ingestão de tóxicos, mas também pela inalação dos mesmos. Destaca-se aqui a inalação de

vapores de clorina a partir de produtos de limpeza ou de piscinas domiciliares. Uma grande preocupação atualmente é com os pais usuários de drogas, onde as crianças podem ser atingidas pela toxicidade passiva através da fumaça de derivados de cocaína (*crack*) e de cigarros.

A asfixia por material estranho no trato respiratório, combinada à sufocação mecânica, consiste na principal causa de acidente fatal em crianças menores de 1 ano de idade. O tamanho, o formato e a consistência dos alimentos ou objetos constituem determinantes importantes da obstrução fatal (WHALEY e WONG, 1999, p. 286). Segundo THOMÉ e NAVES (1994) apud DONOSO (2000, p.15), 90% dos acidentes envolvendo introdução de corpos estranhos em cavidades tem como causa primária a negligência. DAVOLI e OGIDO (1992) apud DONOSO (2000, p. 15), consideram a negligência um tipo de violência e reconhecem que, dentre os vários tipos de violência, a negligência contra a criança é a que tem sido menos discutida no Brasil.

#### **4.6. A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO**

O termo prevenir, segundo o Aurélio, significa “vir antes”, “tomar a dianteira”, “impedir que se realize”. Assim, pratica-se a prevenção ao impedir-se, por meio de métodos adequados, que uma criança se torne vítima de acidentes, ou, se isto ocorrer, impedir-se que sobrevenham complicações ou ainda se sobrevierem, impedir que deixem seqüelas irreversíveis (SANTORO, 1991, p. 202).

Entende-se que a implementação de medidas preventivas seja competência dos responsáveis pela supervisão da saúde da criança, tanto a nível domiciliar, quanto a nível operacional-equipe de atenção direta (médicos, enfermeiros, assistentes sociais,



profissionais de saúde mental) e responsáveis pelo gerenciamento do sistema de atenção à saúde da criança (SANTORO, 1991, p. 202).

Segundo a OMS e o UNICEF, as injúrias físicas constituem um enorme problema de saúde pública entre crianças e jovens, sendo responsáveis por 53% da sobrecarga total das dez principais doenças, entre 5 e 14 anos, nos países menos ricos das Américas (BLANK, 2002, p. 84).

Em nosso país, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, as causas externas são responsáveis por 19,5% da mortalidade na faixa etária até a adolescência, e no grupo etário de 5 a 19 anos é a principal causa de morte. Assim, faz-se necessário que o assunto seja tratado de forma prioritária, com a implementação de programas de prevenção, ao lado de treinamento de profissionais de saúde e adequação dos serviços de nível primário e secundário para um atendimento eficaz e resolutivo (BARACAT, 2000, p. 369).

Para proteger a criança vítima de acidentes, WHALEY e WONG (1999, p. 292) acreditam que os responsáveis por ela devem conhecer as características comportamentais normais que as tornam vulneráveis, bem como estar atentos para fatores ambientais que acarretem riscos para a sua segurança. Frequentemente, os pais desconhecem a evolução do desenvolvimento de seus filhos e parecem não ter consciência das suas capacidades. Neste sentido, conforme cita DONOSO (2000, p. 7), a prevenção dos acidentes na infância envolve principalmente o fator educação, abrangendo mais aos pais ou responsáveis, bem como a educadores, babás e outros, do que a criança em si.

De modo geral, é importante a identificação do risco de acidentes, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e dos hábitos comportamentais comuns ao período em questão, para que se possa definir um programa de prevenção dirigido a cada faixa etária. Na última década tem aumentado o interesse na pesquisa visando a prevenção,



buscando o conhecimento de fatores e processos pelos quais os acidentes ocorrem, das características próprias de determinados acidentes, e do ambiente social em que ocorrem. Diversas estratégias têm sido sugeridas para minimizar este problema de saúde pública, as quais incluem intervenção por meio de legislação apropriada, e programa de educação em saúde, contemplando a realidade social de uma determinada região-alvo, inclusive com contato direto com as famílias para elucidar atitudes e práticas na prevenção de acidentes infantis. O conceito de desenvolvimento do comportamento da criança e as características de cada fase podem ser extremamente úteis para os pais e também para a equipe de saúde. Além disso, a comunicação com os pais quanto às limitações físicas e cognitivas específicas dessas faixas etárias pode ajudar na elaboração de regras claras de segurança, que evitariam uma série de riscos desnecessários (BARACAT, 2000, p. 369).

CARDOSO (1997) apud DONOSO (2000, p. 7), enfatiza a necessidade de vislumbrar fatores como proteção, educação e disciplina na prevenção de acidentes. Estes fatores podem ser operacionalizáveis quando há um conhecimento amplo de diversos aspectos intrínsecos ao acidente, tais como natureza, abrangência e principalmente idade do acidentado.

A prevenção de acidentes requer a proteção da criança e a educação da pessoa que fornece os cuidados. As enfermeiras no ambulatório, nos centros de saúde ou nas agências de visitas domiciliares encontram-se na posição mais propícia para a educação sobre acidentes. Isto não exclui que as enfermeiras em ambientes hospitalares, que poderiam usar períodos de visitação como uma excelente oportunidade para abordar este tópico (WHALEY e WONG, 1999p. 293).

Contudo, a prevenção dos acidentes tem que ser prática. Perguntar aos pais sobre suas idéias leva a sugestões realistas, as quais podem ser seguidas por eles no dia a

dia. Além disso, os pais precisam ser lembrados que os lactentes e as crianças de tenra idade não prevêem os riscos ou compreendem quando eles estão ou não presentes (WHALEY e WONG, 1999, p. 293).

Os acidentes ocorrem subitamente e são vistos como algo imprevisível e inevitável. Os pais acreditam que os acidentes não ocorram com crianças bem supervisionadas, porém a prevenção de acidentes requer muito mais que supervisão. Existem meios de prevenção de acidentes como tapar tomadas elétricas, colocar proteções em janelas de edifícios, sendo que, se medidas como estas não forem adotadas, apenas a supervisão de um adulto não será suficiente. Os acidente, bem como as doenças, ocorrem em padrões altamente previsíveis e, portanto, são controláveis (TEIXEIRA, 1993, p. 13).

#### **4.7. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Para que a revisão de literatura estivesse completa, sentimos a necessidade de citar neste projeto a situação da educação em saúde no Brasil, discorrendo resumidamente sobre aspectos históricos bem como alguns conceitos e relatos citados por autores e organizações na área da saúde em todo o mundo, para termos um panorama de como está sendo construído e desenvolvido este processo. Queremos salientar que, esta prática assistencial educativa não está fundamentada na revisão literária que se segue, e sim nos conceitos e pressupostos do educador Paulo Freire. Porém, consideramos importante esta comparação entre o que é citado por Paulo Freire como processo educativo e o que foi e está sendo desenvolvido atualmente com relação à educação em saúde.

O conhecimento é uma apreensão da realidade. Aprendizado é uma modificação do conhecimento. O Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde), da Organização Mundial de Saúde – OMS, pontua que:

*"o foco da educação em saúde esta voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida sadios; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar sua próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente".*

O Scientific Group on Research in Health Education (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), também da OMS, expandiu esta declaração ao afirmar que:

*"os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva".*

(LEVY et al, 1998)

Estas assertivas equivalem a dizer que a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária (LEVY et al, 1998).

A tudo isto deve ser acrescentado que a **Educação em Saúde** é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (LEVY et al, 1998).

Como este tema sempre preocupou os homens e as sociedades, a **educação** tem merecido as mais diversas definições. Para Platão, a educação *"consiste em dar ao corpo e à alma toda a perfeição de que são capazes"*. Para Kant, significa *"o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz"*. Para Johann Friederich Herbart, é *"a ciência que tem por fim a formação do indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses"*. James Mill dizia que a educação tem por finalidade *"fazer do indivíduo um instrumento de felicidade para si mesmo e seus semelhantes"*. Para o psicólogo Henri Joly a educação consiste *"no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades"*. Todas estas definições deixam entrever que o ideal da educação é a perfeita realização da natureza humana (LEVY et al, 1998).

A prática educativa em saúde não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados "higiênicos" a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias. Houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos "certos" ou "errados" relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).



Os primeiros passos na direção de programas de educação em saúde no Brasil foram dados por Carlos Sá e César Leal Ferreira, que em 1924 criaram no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. No ano seguinte Antonio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública, mandou adotar o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal. (LEVY et al, 1998)

Em 1925, Horácio de Paula Souza cria a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de *"promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica"*. Surge pela primeira vez o título de educador sanitário, preparado pelo Instituto de Higiene do Estado, cuja responsabilidade principal era a divulgação de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais. (LEVY et al, 1998)

O Ministério da Educação e Saúde, reunindo estas duas funções paralelas, tinha condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de conjugá-las e, conseqüentemente, prover um campo educacional extraordinário para o propósito de tornar a vida saudável. Como nos informa Brito Bastos, em seu completíssimo relatório de 1969,

*"essa oportunidade, porém, não foi explorada na prática. Os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais*

*para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença. Os esforços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60%, em 1940. Esses analfabetos se concentravam, como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo".*

Um evento importante foi a 12ª Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra (1958), a qual reafirmou o conceito *"que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações"*. Na 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada em Filadélfia, em 1962, o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde assinalou que *"os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade"*. (LEVY et al, 1998)

No decorrer dos anos houve inúmeras reestruturações e reorganizações nas políticas de saúde existentes. É apenas em 1996, com muito ânimo, ainda que sem muita coordenação e consequência, que as atividades de educação em saúde voltaram a receber alguma atenção por parte dos dirigentes do Ministério, atitude que foi reafirmada na atual administração, com o projeto Saúde na Escola, integrado a TV Escola do MEC e em

execução desde 20 de agosto de 97, compondo semanalmente a grade de programação de 50.000 escolas do ensino fundamental. Outro passo importante dado pela atual administração do MS foi a definição, em 1998, de uma Diretoria de Programas para a área o que naturalmente amplia a abrangência da proposta, fazendo-a evoluir de um Projeto Saúde na Escola para um Programa de Educação em Saúde. (LEVY et al, 1998)

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também a forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Apesar disso, a organização das ações educativas, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização aliada à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

Associado a esse aspecto destaca-se a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais. Esse panorama revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem um caráter educativo emancipador. Além disso, nas atividades ditas educativas, como as palestras, está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com a sua saúde, deixando a "vítima" com sentimento de "culpa" pelo problema que apresenta. Dessa maneira, as práticas educativas servem para mediatizar a dominação exercida pelos serviços

de saúde, já que se limitam à simples passagem de informação para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo, onde se evidencia um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa de difusão de informações visando a melhoria da qualidade de vida (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

A interação comunicativa também é prejudicada em decorrência das diferenças social e cultural dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens, ao invés de conselhos argumentados. Com isso, o distanciamento torna-se ainda mais acentuado e as barreiras parecem intransponíveis (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

Como um último aspecto a ser destacado, é comum os profissionais desvalorizarem os momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação tecnológica (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

Sendo assim, como citam CHIESA e VERÍSSIMO (2001), a prática educativa participativa,

*“rejeita a concepção estática de educação, entendida, apenas, como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas. Em um sistema baseado na participação a prática educativa é parte integrante da própria ação da saúde; é uma parcela no bojo das ações, que constituem o setor, e deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema e em todas as fases do processo de organização*



*e desenvolvimento dos serviços de saúde. Participação, aqui, significa que as pessoas deverão tomar (assumir) o que por direito lhes pertence e não somente tomar parte em uma ação ou conjunto de ações decididas por outros”.*

A atenção universal, equânime e integral à saúde traz implícita, em sua concepção básica, um significado muito mais profundo que a simples reorganização e manutenção da rede de serviços de saúde. A melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização de recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada e a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas são idéias norteadoras da nova filosofia sanitária brasileira. (LEVY et al, 1998)

A prática de saúde como prática educativa, dentro de uma metodologia de participação, deixa de ser um processo de persuasão ou de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade. (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

## 5. O CAMPO DE ESTÁGIO

O bairro Itacorubi está localizado no município de Florianópolis, a 12 Km do centro da cidade. Na rodovia central Ademar Gonzaga localizam-se empresas de economia mista como CELESC (Centrais Elétricas de Santa Catarina), TELESC (Telecomunicações de Santa Catarina), EPAGRI (Empresa de Pesquisas Agropecuárias e Difusão tecnológica de Santa Catarina), FIESC (Federação das Indústrias de Santa Catarina), SESI (Serviço Social da Indústria) e CIASC (Centro de Informação e Automação do Estado de Santa Catarina).

Na área educacional podemos citar a existência de 4 escolas de ensino superior, sendo elas a UFSC, UDESC, ÚNICA e Escola de Turismo e Hotelaria. Ainda discorrendo sobre educação, o bairro oferece instituições de ensino básico e fundamental, tanto em rede pública como privada. Possui a Creche Municipal Joaquina Maria Peres e o CEC (Centro de Educação Complementar), localizados próximos ao Centro de Saúde.

Geograficamente, o bairro está localizado em uma região de mangue, composta por vários tipos de edificações, podendo citar inúmeros condomínios residenciais, mansões bem como moradias populares. Estes dados nos refletem o panorama da população local, constituída de classes econômicas variáveis, desde classe alta até a mais intensa pobreza.

Na área de lazer, encontra-se a “Praça do Centro Comunitário”, construída pelo conselho comunitário local. Observam-se também várias academias de ginástica, videolocadoras, bares e restaurantes na localidade, além de um pequeno Centro Comercial.

Vale salientar que na região central do bairro existe segurança, percebida na figura de policiais, boas condições de energia elétrica, água encanada e saneamento básico. Há acesso fácil para o transporte urbano e um grande fluxo de veículos nas ruas, provavelmente devido ao acesso às praias, universidades e empresas públicas que se encontram nesta área.

Estima-se que a população total do bairro seja de aproximadamente 22.016 habitantes, constituída de aproximadamente 5.504 famílias. Esta estatística é imprecisa devido à falta de dados mais atualizados.

### **5.1. O CENTRO DE SAÚDE**

O Centro de Saúde do bairro Itacorubi está localizado na rua Amaro Antonio Vieira, e tem como área de abrangência o Morro do Quilombo, considerado como micro área de alto risco além de mais 21 micro áreas. Entre elas estão incluídos os bairros Parque São Jorge, Jardim Anchieta, Santa Mônica e parte da descida do Morro da Lagoa.

O Centro de Saúde trabalha dentro da ótica da Estratégia de Saúde da Família, possuindo uma equipe composta por: uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar administrativa, um pediatra, dois clínicos gerais, dois dentistas, uma auxiliar de consultório odontológico, um nutricionista e uma auxiliar de serviços gerais. Trabalha ainda com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais promovem a ligação entre a comunidade local e o Centro de Saúde. Esta equipe constitui-se de 15 agentes comunitários de saúde e, como ocorre em muitas áreas de

abrangência do PACS, não cumpre o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual prevê um agente comunitário para cada 120 a 200 famílias.

Quanto à estrutura física do Centro de Saúde, este possui: recepção e sala de espera, 2 consultórios médicos e um ginecológico com banheiro, consultório odontológico, sala de procedimentos gerais (esterilização, preparo de materiais, suturas, pequenas cirurgias, preparo de nebulização, curativos, entre outros), uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala de apoio (também utilizada como sala de estudos e para acolhimento), uma cozinha e três banheiros, sendo uma para a comunidade, um para os funcionários e um, como já citado anteriormente, no consultório.

## **5.2. A POPULACAO ALVO**

Para a realização desta pratica assistencial educativa, tivemos como população alvo a comunidade do bairro Itacorubi, enfocando especialmente as crianças de 0 a 6 anos e suas famílias, buscando construir conjuntamente uma consciência voltada para a prevenção de acidentes na infância.



## 6. METODOLOGIA

### *Objetivo 1*

- Interagir com a equipe de saúde da família do Centro de Saúde do Itacorubi.

### *Estratégias*

- Planejar e discutir com a equipe de saúde as ações assistenciais a criança de 0 a 6 anos e suas famílias, enfocando a prevenção dos acidentes na infância;
- Favorecer o trabalho em equipe, buscando a interdisciplinariedade na assistência a crianças de 0 a 6 anos e família, envolvendo os profissionais da saúde e agentes comunitários da comunidade.

### *Avaliação*

Este primeiro objetivo será alcançado a partir do momento em que conseguirmos construir uma prática assistencial educativa conjunta com a equipe de saúde, baseada na troca de experiências e conhecimentos de ambas as partes envolvidas.

### *Objetivo 2*

- Conhecer a comunidade a fim de identificar suas necessidades e os fatores de risco para os acidentes na infância, bem como os recursos disponíveis para a nossa atuação.

### ***Estratégias***

- Realizar visitas ao território da área de abrangência do CS do Itacorubi, a fim de buscar uma visão geral das condições de moradia, do acesso a informações e do nível socioeconômico da população local procurando identificar situações de risco para acidentes na infância;
- Realizar visitas as instituições educacionais da localidade, a fim de construir vínculos para o desenvolvimento de propostas educativas na prevenção de acidentes na infância.

### ***Avaliação***

A concretização deste objetivo depende do estabelecimento de uma relação de confiança com a comunidade, bem como com as instituições de ensino locais, a partir da qual será possível a criação de um vínculo, favorecendo a realização da nossa prática assistencial educativa buscando a construção conjunta de uma consciência voltada para a prevenção de acidentes na infância.

### ***Objetivo 3***

- Atuar nas ações promovidas pelo Capital Criança na instituição e na comunidade, enfocando o atendimento à prevenção de acidentes.

### ***Estratégias***

- Realizar consultas de enfermagem previstas na Estratégia Capital Criança, enfocando a prevenção de acidentes na infância;
- Participar das reuniões do SISVAN através da realização de atividades educativas voltadas para a prevenção de acidentes na infância;
- Realizar visitas domiciliares acompanhadas dos agentes comunitários de saúde bem como de outros membros da equipe de saúde.

### ***Avaliação***

Este objetivo será atingido se conseguirmos interagir com a equipe de saúde, colaborando para a realização de algumas atividades previstas no Capital Criança, dando um enfoque maior para a prevenção de acidentes na infância.

### ***Objetivo 4***

- Construir e desenvolver atividades educativas com prevenção de acidentes na infância nas instituições de ensino da comunidade, bem como no Centro de Saúde.

### ***Estratégias***

- Participar da reunião de pais e mestres das instituições envolvidas a fim de discutir o interesse dos mesmos na prevenção de acidentes na infância;
- Realizar uma atividade educativa na Creche Municipal Maria Joaquina Peres nos períodos matutino e vespertino;

- Realizar uma atividade educativa no CEC (Centro de Educação Complementar) nos períodos matutino e vespertino;
- Realizar uma atividade educativa com os alunos da pré-escola e primeira série de uma instituição de ensino básico local;
- Realizar uma atividade educativa com os pais participantes das reuniões do SISVAN;
- Realizar atividade educativa em sala de espera, no Centro de Saúde;
- Elaborar material informativo informal, a partir do conhecimento da população atendida, sobre prevenção de acidentes na infância para fixação no mural do Centro de Saúde;
- Construir um folder informativo informal sobre prevenção de acidentes na infância, em conjunto com a população atendida, para a distribuição durante as práticas assistenciais educativas, de acordo com a necessidade e grau de instrução da população local;
- Realizar avaliação qualitativa ao final de cada atividade, com o grupo atendido bem como com a supervisora.

### ***Avaliação***

Para que estas propostas sejam atingidas é necessário que se concretizem as estratégias dos objetivos 2 e 3.



### ***Objetivo 5***

- Estabelecer vínculo com as famílias da comunidade, a fim de identificar situações de risco que favoreçam a ocorrência de acidentes na infância.

### ***Estratégias***

- Construir uma relação de confiança e harmonia com a criança de 0 a 6 anos e família durante a realização das consultas de enfermagem;
- Estender esta relação de confiança com a criança de 0 a 6 anos e a família para a realização de visitas domiciliares e identificação de possíveis situações de riscos domésticos para acidentes na infância.

### ***Avaliação***

Este objetivo será alcançado à medida que se estabeleça o vínculo com as famílias atendidas bem como a colaboração das mesmas, a fim de identificar situações cotidianas de risco para acidentes na infância.

### ***Objetivo 6***

- Atuar na rotina assistencial do Centro de Saúde, a fim de colaborar com a equipe de saúde local e aprimorar nossos conhecimentos para a futura vida profissional.

### ***Estratégias***

- Conhecer a prática da atenção básica de saúde;

- Aprofundar nossos conhecimentos acerca da Estratégia de Saúde da Família bem como da Estratégia municipal Capital Criança;
- Realizar atividades previstas no Centro de Saúde;
- Participar de eventos relacionados com o tema acidentes na infância e sua prevenção, bem como eventos que englobem a saúde coletiva.

### ***Avaliação***

Para que este objetivo seja alcançado precisamos incrementar nossos conhecimentos teóricos e práticos a respeito das estratégias de saúde pública preconizadas na atualidade pelo Ministério da Saúde, além de conhecer a realidade destas estratégias na prática, contribuindo com a população atendida e absorvendo estes conhecimentos para a nossa futura vida profissional.

## **7. DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS**

A seguir, será exposto como colocamos em prática o plano de ação estabelecido, além de discutirmos aspectos relevantes durante a prática e avaliarmos o alcance dos objetivos.

No início do estágio tivemos várias conversas com a supervisora para programar as atividades conforme a rotina assistencial do Centro de Saúde (CS). Decidimos então utilizar os quatro primeiros dias para reconhecimento do campo de estágio, observando as rotinas e conversando com os funcionários a fim de estabelecermos vínculos para a melhor realização do trabalho. Durante estes dias também expusemos para a equipe de saúde do CS o tipo de trabalho que estávamos realizando, solicitando críticas e opiniões para que pudéssemos realizá-lo da melhor maneira possível. Neste período, reconhecemos como funciona o fluxo de atendimento do CS assim como a realização de alguns procedimentos de enfermagem, preenchimento de Relatório Ambulatorial de Atendimento Individual (RAAI), acesso a prontuários, livros de registros, sala de vacina, processo de esterilização de materiais entre outras rotinas. Consideramos estes primeiros dias como essenciais para o aprendizado, por constituir atividades técnicas e burocráticas do Centro de Saúde, sem as quais não entenderíamos como se dá o funcionamento do mesmo. Esta atividade foi de extrema importância para o desenvolvimento da prática assistencial pelo fato de termos um contato prévio com preenchimento de fichas, acesso aos prontuários, localização de materiais, entre outras rotinas, proporcionando mais facilidade para realização dos nossos atendimentos.

### ***Objetivo 1***

- Interagir com a equipe de saúde da família do Centro de Saúde do Itacorubi.

### ***Estratégias***

- Planejar e discutir com a equipe de saúde as ações assistenciais a criança de 0 a 6 anos e suas famílias, enfocando a prevenção dos acidentes na infância;
- Favorecer o trabalho em equipe, buscando a interdisciplinaridade na assistência a crianças de 0 a 6 anos e família, envolvendo os profissionais da saúde e agentes comunitários da comunidade.

No primeiro dia de estágio, ao chegarmos no Centro de Saúde, fomos apresentadas pela supervisora a toda a equipe de saúde do CS. A partir deste momento começamos a explicar para os funcionários, individualmente e em alguns momentos em grupo qual era a nossa proposta de trabalho, solicitando aos mesmos críticas e sugestões para que os nossos objetivos fossem efetivados.

Com o auxílio da supervisora, conversamos com a pediatra sobre a realização das consultas de puericultura, as quais eram, em sua grande maioria, realizadas por ela, não sendo cumprida a agenda do Capital Criança, a qual prevê que as consultas de puericultura devem ser intercaladas entre o pediatra e o enfermeiro do CS. Planejamos então que algumas consultas seriam encaminhadas para a enfermeira e realizadas pelas acadêmicas de enfermagem para o cumprimento dos objetivos propostos.

Quanto ao favorecimento do trabalho em equipe, esta estratégia foi utilizada durante toda a prática assistencial, por se constituir numa construção contínua de vínculos



entre os profissionais. Todas as dúvidas que surgiam durante a realização de consultas ou procedimentos eram discutidas com a supervisora ou com os profissionais ligados diretamente com aquela atividade. Conseguimos também construir um trabalho conjunto com os agentes comunitários de saúde da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, através da participação em todas as reuniões semanais realizadas durante o período de estágio. Nestas reuniões bem como em encontros individuais no Centro de Saúde, conseguimos o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na realização do trabalho, além de fortalecer o trabalho enquanto equipe de saúde.

### *Avaliação*

Consideramos este objetivo alcançado, pelo fato de conseguirmos construir vínculos com os profissionais do Centro de Saúde para o fortalecimento do trabalho enquanto equipe de saúde. Sentimos durante toda a prática assistencial que este tipo de atitude, principalmente na equipe de saúde, é fundamental para que o trabalho se concretize da melhor maneira possível. Buscamos muito apoio no referencial teórico utilizado, especificamente do conceito de Seres Humanos, devido a algumas dificuldades encontradas de relacionamento entre os próprios membros da equipe de saúde. Porém, através desta experiência, observamos novamente que cada ser humano é único, com suas potencialidades e dificuldades, sendo que foi possível compreender e trabalhar constantemente estas características individuais, para que conseguíssemos realizar um trabalho interdisciplinar, contando com a ajuda de todos, cada qual com suas potencialidades.

## ***Objetivo 2***

- Identificar as necessidades e os fatores de risco para os acidentes na infância na comunidade, bem como os recursos disponíveis para a nossa atuação.

## ***Estratégias***

- Realizar visitas ao território da área de abrangência do CS do Itacorubi, a fim de buscar uma visão geral das condições de moradia, do acesso a informações e do nível socioeconômico da população local procurando identificar situações de risco para acidentes na infância;
- Realizar visitas as instituições educacionais da localidade, a fim de construir vínculos para o desenvolvimento de propostas educativas na prevenção de acidentes na infância.

No segundo dia de estágio, realizamos a territorialização da área de abrangência do Centro de Saúde. Esta visita ao território foi acompanhada de uma Agente Comunitária de Saúde, a qual nos mostrou todas as delimitações do bairro, incluindo a divisão de todas as 20 microáreas. Durante esta atividade, pudemos perceber a dificuldade dos ACS para a realização de suas atividades no Bairro Itacorubi, por ser um bairro extremamente grande. A área pertencente à Estratégia de Saúde da Família (ESF), compõe-se de 10 microáreas, e está localizada próximo ao CS. É constituída de uma população carente, abrangendo a microárea de risco Morro do Quilombo. Pudemos perceber durante a visita ao morro muitos fatores de risco para acidentes, principalmente o mais citado pela literatura, o baixo nível socioeconômico. As condições de moradia são precárias, sendo as casas construídas sobre pedras, instalações elétricas clandestinas, acesso às casas por barrancos de terra ou por

escadarias mal feitas, onde qualquer adulto corre risco de se acidentar, aumentando ainda mais a possibilidade de acidentes com crianças, pela falta de desenvoltura e coordenação motora apresentada por elas na faixa etária de 0 a 6 anos.

A área pertencente ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), também compõe-se de 10 microáreas, compreende a área nobre do bairro Itacorubi, sendo subdividida em Parque São Jorge, Jardim Anchieta, Santa Mônica. A área PSF possui 10 agentes comunitários de saúde, todos trabalhando efetivamente, porém a área PACS, que deveria possuir 10 ACS também, estava com apenas 3 durante a realização do estágio. Para cobrir esta dificuldade, os agentes do PSF realizavam as visitas também da área PACS, quando necessário.

Quanto à realização de visitas as instituições educacionais do bairro, estas se deram no decorrer do estágio. Visitamos primeiramente o CEC (Centro de Educação Complementar), onde conversamos com a diretora e com alguns professores, expondo a proposta de trabalho, a qual foi bem aceita por eles. Visitamos também a Creche Municipal Maria Joaquina Peres, onde aceitaram a proposta, inclusive convidando para que participássemos da parada pedagógica realizada somente com os professores para estabelecermos horários e dias de atividades. Outra escola escolhida foi o Núcleo de Educação Infantil (NEI), onde realizamos visita, conversamos com a orientadora educacional, a qual disse que era difícil encontrar a diretora. Voltamos a telefonar algumas vezes para entrar em contato com a diretora, mas todas às vezes não foi possível.

Durante toda a prática assistencial realizamos visitas ao CEC e a creche a fim de discutir a metodologia que seria utilizada nas reuniões com as crianças, além de lutarmos

muito para conseguirmos agendar a reunião com os pais, pois esta tinha que ser realizada juntamente com a reunião mensal da escola, sendo que seria liberado um momento da reunião para apresentarmos o trabalho.

### ***Avaliação***

Este objetivo foi alcançado, uma vez que conseguimos conhecer toda a área de abrangência do Centro de Saúde, bem como estabelecer contatos com as instituições em questão. A visita ao território, principalmente ao Morro do Quilombo nos deu uma visão muito ampla das condições de vida da população, mostrando instantaneamente que os mesmos estão expostos a muitos riscos, não só para acidentes.

Não conseguimos construir um vínculo apenas com o NEI, não por falta de persistência, mas sim por falta de interesse da diretoria da instituição. Porém, pudemos perceber como este tipo de trabalho de educação em saúde é bem aceita em algumas instituições educacionais como o CEC e a creche, os quais nos ajudaram e tentaram de todas as formas encaixar o trabalho em seu cronograma.

### ***Objetivo 3***

- Atuar nas ações promovidas pelo Capital Criança na instituição e na comunidade, enfocando o atendimento à prevenção de acidentes.

### ***Estratégias***

- Realizar consultas de enfermagem previstas na Estratégia Capital Criança, enfocando a prevenção de acidentes na infância;



- Participar das reuniões do SISVAN através da realização de atividades educativas voltadas para a prevenção de acidentes na infância;
- Realizar visitas domiciliares acompanhadas dos agentes comunitários de saúde bem como de outros membros da equipe de saúde.

As consultas de enfermagem à criança começaram a ser realizadas no dia primeiro de novembro, encaminhadas pela pediatra do CS ou agendadas para a enfermeira supervisora. Para a realização destas consultas necessitamos realizar uma revisão de literatura sobre como proceder em uma consulta de puericultura. Utilizamos a pasta do Programa Capital Criança, a qual contém todas as informações sobre as consultas em forma de roteiro, o que facilitou muito o aprendizado. Durante a realização da consulta, incluíamos além de todas as orientações pertinentes, a prevenção de acidentes com as crianças, distribuindo material educativo (Apêndice 2) elaborado pelas acadêmicas responsáveis pelo estudo, e dando explicações, perguntando sobre como a mãe procede em relação ao assunto em sua casa e sugerindo que as mesmas observassem dentro da sua casa como estava protegendo os seus filhos dos acidentes. Incentivamos também a educação em saúde, mostrando para a mãe formas de ensinar os filhos sobre os perigos dentro de casa, para que, quando fosse possível, não precisasse esconder objetos. Sentimos um pouco de dificuldade na aceitação da realização das consultas, não por sermos acadêmicas de enfermagem, mas sim por não sermos a pediatra, a qual acompanha mensalmente as crianças. Porém, explicamos para todas as mães que estávamos cumprindo a agenda do Capital Criança e que, em casos mais graves encaminharíamos a criança ao pediatra. Realizamos no total 20 consultas de puericultura com crianças em idade de 0 a 6 anos.

Dentro do Programa Capital Criança existe o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o qual consiste em um programa que visa o acompanhamento do estado nutricional de todas as crianças com idade entre 0 e 5 anos, que frequentam a rede municipal de saúde e também de todas as gestantes que fazem o pré-natal na rede municipal de saúde.

Ainda dentro do SISVAN, existe o Programa Hora de Comer, o qual atende crianças com baixo peso na faixa etária de 2 a 6 anos de idade, visando a recuperação das carências nutricionais.

As crianças cadastradas passam por uma consulta clínica e avaliação antropométrica mensal. Além disso, para receber a cesta básica, os pais ou responsáveis pela criança devem participar de reuniões educativas mensais.

Em relação a estas reuniões, tivemos a oportunidade de participar de uma delas, a qual foi realizada no dia 13 de novembro. Nesta reunião, realizamos uma atividade educativa com as mães presentes, onde mostramos cartazes ilustrados sobre os tipos de acidentes e sua possível prevenção. Nesta reunião estavam presentes apenas 6 mães de um total de 16 cadastrados.

Em relação às visitas domiciliares, sentimos algumas dificuldades para a sua realização tais como: difícil acesso ao local de moradia, desencontros devido ao horário de trabalho da cliente, entre outras.

Durante uma reunião com os agentes comunitários de saúde, solicitamos que eles nos indicassem algumas famílias consideradas em condições de risco para que realizássemos visitas. Realizamos então uma visita domiciliar por indicação de uma ACS a uma família moradora do Morro do Quilombo, composta pela mãe e 5 crianças. O local de

moradia era de difícil acesso, a mãe não se encontrava em casa, pois estava trabalhando, e as crianças estavam aos cuidados de uma vizinha, com quem conversamos e entregamos materiais educativos.

Além desta, realizamos mais duas visitas domiciliares por indicação da supervisora, onde mostrávamos na própria casa os cuidados a serem tomados em relação aos acidentes domésticos. Numa das visitas conseguimos agendar quatro consultas de puericultura, porém a mãe não apareceu com as crianças ao CS. Realizamos então nova visita a esta família para busca ativa, remarcando as consultas.

### ***Avaliação***

Consideramos este objetivo como alcançado, ao passo que conseguimos realizar algumas consultas previstas na Estratégia Capital Criança, além de atividade educativa e visitas domiciliares. Porém, consideramos o tempo de estágio muito curto, necessitando de mais dias para realizarmos com segurança estas atividades.

### ***Objetivo 4***

- Construir e desenvolver atividades educativas com prevenção de acidentes na infância nas instituições de ensino da comunidade, bem como no Centro de Saúde.

### ***Estratégias***

- Participar da reunião de pais e mestres das instituições envolvidas a fim de discutir o interesse dos mesmos na prevenção de acidentes na infância;

- Realizar atividade educativa na Creche Municipal Maria Joaquina Peres nos períodos matutino e vespertino;
- Realizar atividade educativa no CEC (Centro de Educação Complementar) nos períodos matutino e vespertino;
- Realizar atividade educativa com os alunos da pré-escola e primeira série de uma instituição de ensino básico local;
- Realizar atividade educativa com os pais participantes das reuniões do SISVAN;
- Realizar atividade educativa em sala de espera, no Centro de Saúde;
- Elaborar material informativo, a partir do conhecimento da população atendida, sobre prevenção de acidentes na infância para fixação no mural do Centro de Saúde;
- Construir um folder informativo sobre prevenção de acidentes na infância, em conjunto com a população atendida, para a distribuição durante as práticas assistenciais educativas, de acordo com a necessidade e grau de instrução da população local.

Para a realização das atividades previstas neste objetivo, elaboramos um folder educativo, o mural do Centro de Saúde, cartazes ilustrados em formato de álbum seriado, caça-palavras, palavras cruzadas, desenhos para colorir, lista de cuidados para observação em casa, certificados de participação para as crianças e material informativo do tamanho de objetos a serem dados para crianças menores de três anos. Todos os materiais estão no final do relatório e são voltados para a prevenção dos acidentes na infância (Apêndices 1, 2, 3, 4, 5, 6).



Realizamos atividade educativa no CEC (Centro de Educação Complementar), no período matutino e vespertino, com crianças com idade de 6 a 10 anos, totalizando 53 crianças participantes. Desenvolvemos a atividade educativa de forma a ouvir mais as crianças, mostrando também os perigos de algumas brincadeiras e atitudes tomadas por elas. Utilizamos materiais ilustrados para chamar a atenção deles e ao final, sentamos junto com os alunos para colorir, preencher as palavras cruzadas e encontrar as palavras no caça-palavras, materiais estes elaborados pelas acadêmicas responsáveis pelo estudo. Este material continha nomes de objetos ou lugares que oferecem riscos para acidentes na infância (Apêndice 4).

Realizamos atividade educativa na Creche Municipal Maria Joaquina Peres, no período matutino e vespertino, com crianças de 4 a 7 anos, totalizando 82 crianças participantes. A estratégia utilizada foi a apresentação de uma teatro de fantoches englobando o tema prevenção de acidentes, além de desenhos para colorir com objetos que apresentam riscos, roda de conversa para que as crianças contassem sobre os seus acidentes, distribuição de certificados de participação para colorir (Apêndices 4 e 5) e de balas ao final da atividade.

Sentimos dificuldade na participação das reuniões de pais e mestres, principalmente no CEC, onde não conseguimos participar. Agendamos com a diretora a reunião, porém, dois dias antes da realização ela nos informou que o tema seria sobre drogas por solicitação dos pais.

Na reunião de pais e mestres da creche também nos foi liberados apenas 10 minutos de participação, onde conseguimos expor rapidamente o nosso trabalho, sendo que

muitos pais já nos conheciam do CS. Distribuímos também material educativo (Apêndices 2, 3, 6) para aproximadamente 50 pais, incentivando-os a lerem e observarem os fatores de risco dentro da sua própria casa. Neste dia fomos convidadas por uma moradora do bairro que está elaborando um livro de dicas e receitas para as mulheres da comunidade do Itacorubi para incluirmos dicas de prevenção de acidentes na infância neste livro. Aceitamos o convite, nos colocando a disposição para a elaboração do material.

No Centro de Saúde, realizamos quatro atividades em sala de espera, também na mesma temática, priorizando as informações trazidas pelos pais e incentivando a educação em saúde. Também distribuíamos material educativo além de incentiva-los a ler o mural de prevenção de acidentes na infância. Conseguimos abordar em torno de 50 pessoas com as atividades em sala de espera.

Realizamos a atividade educativa mensal do SISVAN, atividade tal já citada no objetivo 3, que trata das atividades do Programa Capital Criança.

Não conseguimos realizar nenhuma atividade na outra instituição educacional escolhida, conforme relatado no objetivo 2.

### ***Avaliação***

Consideramos este objetivo como parcialmente atingido, pelo fato de não termos conseguido estabelecer vínculo com uma instituição educacional. Por outro lado, achamos que conseguimos atingir muitas pessoas com a realização destas atividades, tanto pais quanto crianças.

### ***Objetivo 5***

- Estabelecer vínculo com as famílias da comunidade, a fim de identificar situações de risco que favoreçam a ocorrência de acidentes na infância.

### ***Estratégias***

- Construir uma relação de confiança e harmonia com a criança de 0 a 6 anos e família durante a realização das consultas de enfermagem;
- Estender esta relação de confiança com a criança de 0 a 6 anos e a família para a realização de visitas domiciliares e identificação de possíveis situações de riscos domésticos para acidentes na infância.

Durante as consultas de enfermagem, como já citamos anteriormente, sentimos uma certa resistência das mães pelo motivo da consulta não ser realizada pela pediatra. Porém, após explicarmos que estávamos estabelecendo a agenda do Programa Capital Criança, a maioria das mães entenderam, pois não tinham o hábito de consultar com outro profissional. Conseguimos então construir uma relação de confiança com as mães e crianças atendidas. No entanto, durante a realização das consultas de enfermagem, não foi possível identificar fatores ou situações de risco para acidentes, não sendo realizadas então visitas domiciliares a partir das consultas, mas sim por indicação de agentes comunitários de saúde ou da própria supervisora.

### ***Avaliação***

Apesar de não ter sido possível realizar visitas domiciliares a partir das consultas, consideramos este objetivo como alcançado, pelo fato de termos conseguido

realiza-las através de outros meios, como relatamos no objetivo 3. Também, conseguimos efetuar as consultas de enfermagem a criança, consolidando a continuação da agenda Capital Criança.

### ***Objetivo 6***

- Atuar na rotina assistencial do Centro de Saúde, a fim de colaborar com a equipe de saúde local e aprimorar nossos conhecimentos para a futura vida profissional.

### ***Estratégias***

- Conhecer a prática da atenção básica de saúde;
- Aprofundar nossos conhecimentos acerca da Estratégia de Saúde da Família bem como da Estratégia municipal Capital Criança;
- Realizar atividades previstas no Centro de Saúde;
- Participar de eventos relacionados com o tema acidentes na infância e sua prevenção, bem como eventos que englobem a saúde coletiva.

A realização deste objetivo se deu durante toda a prática assistencial. Atuamos na rotina tanto assistencial quanto administrativa do Centro de Saúde, desenvolvendo outras atividades quando possível e aprendendo com cada passo que dávamos dentro do mesmo. Aprofundamos nossos conhecimentos sobre as estratégias de Saúde da Família e Programa Capital Criança além de outras como Saúde da Mulher, Diabetes e Hipertensão, imunização e assuntos ligados a Saúde Coletiva. No entanto, gostaríamos de destacar que tivemos várias oportunidades de aprendizado que vão além dos livros: a prática diária de

atendimento em Saúde Pública, a qual nos abriu uma gama de novos conhecimentos e desafios.

Realizamos várias atividades de rotina assistencial do Centro de Saúde que não estavam previstas nos nossos objetivos como:

- 18 consultas a mulher com coleta de exame citopatológico;
- 18 exames de mama e orientações para o auto-exame;
- 5 consultas de Pré-Natal;
- 2 consultas à puérpera;
- 5 consultas sobre sexualidade englobando o planejamento familiar;
- Atividade educativa com crianças do CEC sobre o assunto Dengue no período matutino;
- Participação na atividade educativa realizada pela supervisora com os pais das crianças do CEC sobre o assunto Dengue;
- Participação na capacitação para enfermeiros da rede municipal de saúde sobre Diabetes e Hipertensão;
- Participação do treinamento para profissionais de saúde da rede municipal sobre o SISVAN;
- Participação nas reuniões semanais com os agentes comunitários de saúde totalizando 6 reuniões, sendo que uma delas foi utilizada para treinamento dos agentes quanto ao tema prevenção de acidentes na infância;



- Visitas domiciliares a adulto queimado;
- Visita domiciliar de busca ativa de puérpera faltosa;
- Visita domiciliar para entrega de cesta básica;
- Visita domiciliar a 4 casas que receberam módulo sanitário para alertar sobre a construção de fossas e sumidouros;
- Esterilização de materiais;
- Realização de curativos e retirada de pontos;
- Realização de vacinas;
- Administração de medicamentos;
- Verificação de sinais vitais;
- Verificação de nível de glicemia capilar;
- Preenchimento do SIAB;
- Troca das capas dos livros de registros do Centro de Saúde;
- Participação em duas confraternizações dos agentes comunitários de saúde, sendo elas pelo dia do ACS e confraternização de final de ano;
- Visitas a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a enfermeira supervisora para a resolução de problemas burocráticos relacionados aos programas de saúde;

Quanto à participação em eventos relacionados ao tema Acidentes na infância e Saúde Coletiva, podemos citar os seguintes:

- Participação na Conferência Municipal de Saúde;
- Participação na Feira de Saúde no bairro Fazenda Santo Antonio realizada pelas acadêmicas da 8ª fase de enfermagem – UFSC - Raquel Voges e Sinara de Abreu;
- Palestra sobre o tema Prevenção de Acidentes na Infância proferida no Curso de Atualização dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Biguaçu, a convite dos acadêmicos da 8ª fase de enfermagem – UFSC - que realizavam estágio naquele município;
- Participação de uma das acadêmicas do XII Seminário de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ – BIP/UFSC, com a apresentação de painel sobre o tema Morbidade dos acidentes na infância;
- Participação no curso de atualização sobre as novas regras da ABNT, realizado pelo Departamento de Enfermagem – UFSC.

### ***Avaliação***

Avaliamos este objetivo como alcançado, pois conseguimos interagir com a equipe de saúde, a qual nos proporcionou um ambiente acolhedor para a realização do trabalho bem como estava sempre disposta a ajudar e ensinar. Realizamos também algumas atividades que não estavam previstas nos objetivos, mas que fizeram parte da rotina do CS e colaboraram imensamente com o aprendizado.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cursar a última fase de um curso de graduação é uma experiência única em nossas vidas. Esta etapa da universidade despertou em nós acadêmicas inúmeros tipos de sentimentos como medo, desespero, incapacidade, alegrias e tristezas. Foi o semestre em que pudemos sentir o “gosto” de como é ser Enfermeira, e não mais acadêmica de enfermagem. Juntamente com este “gosto” surgiu a angústia de tomar decisões e agir como profissional, pelo fato de sermos tratadas pela supervisora de igual para igual, além de sermos cobradas constantemente pela mesma para agirmos como profissionais. Embora nos faltasse experiência e maturidade, estes foram os primeiros passos para que conseguíssemos alçar vôo rumo à realização dos nossos ideais.

O período de estágio foi um imenso aprendizado, não só profissional, mas principalmente no sentido humano. Vivenciamos várias situações que vão além do que ensinam os livros e a academia. Descobrimos como é maravilhoso trabalhar com Saúde Comunitária, ao mesmo tempo em que nos deparamos com as dificuldades apresentadas neste campo. Dificuldades como disparidades sociais, diversidades culturais, os entraves do serviço público de saúde e a aceitação da comunidade em relação a mudanças de comportamento, que podem estar ou não associadas aos fatores anteriormente descritos.

Neste sentido, constantemente recorremos ao referencial teórico escolhido para nortear o trabalho, ou seja, os pressupostos do educador Paulo Freire (1978), bem como à larga experiência da supervisora do trabalho. Muitas vezes, aplicar este referencial na prática, se tornava um tanto quanto complicado, pois nada poderia ser imposto ou ditado como regra, e sim apresentado como sugestão dando espaço para que a própria pessoa

transformasse a sua realidade a partir das suas condições, trocando informações e conhecimento, de ambas as partes.

Percebemos no decorrer do estágio a importância de trabalhar a educação em saúde, e que este processo educativo se dá de maneira contínua e permanente. É uma árvore que dá bons frutos, mas não de imediato. Consideramos o trabalho como uma contribuição modesta pelo pouco período de tempo despendido, porém necessário, plantando as sementes para que outros, profissionais e comunidade, continuem e acrescentem, cultivando constantemente este processo de prevenção e promoção da saúde.

O tema acidentes na infância, apesar de estar em evidencia segundo várias bibliografias consultadas, na realidade ainda é encarado por muitos pais como um acontecimento natural na vida da criança. Achamos que o natural é a sua vulnerabilidade aos acidentes devido as suas dificuldades motoras, cognitivas, curiosidade entre outros fatores que os predispõem a estas injúrias. Porém, acreditamos que o cuidador devidamente esclarecido pode contribuir para a redução de riscos e traumas desnecessários.

Neste sentido, realizamos alguns trabalhos educativos no decorrer do estágio, envolvendo pais, professores e as próprias crianças, os quais mostraram um bom grau de conhecimento no assunto, relatando-nos algumas experiências sofridas pessoalmente. Não conseguimos abordar de forma mais ampla e eficiente os pais das crianças devido a vários obstáculos por eles apresentados como horários de trabalho, cansaço, modificações do tema das reuniões, além de pouco tempo para expormos o trabalho e distribuir material educativo. Contudo, conseguimos contactar com vários pais em sala de espera, reunião do SISVAM no Centro de Saúde e nas consultas tanto a crianças como a adultos, onde abordávamos o tema do trabalho.

Em relação às crianças com as quais mantivemos contato, pudemos observar que havia interesse geral em participar com suas experiências, além de grande disponibilidade de realizar as atividades propostas relacionadas ao tema. Contamos com a colaboração dos professores e diretores das instituições educacionais, os quais se mostraram muito atenciosos e interessados na divulgação do assunto.

Com o desenvolvimento deste trabalho pudemos perceber que o campo de atuação da Enfermeira em Saúde Comunitária é realmente amplo, não se reduzindo apenas ao atendimento dentro do Centro de Saúde, mas estendendo a promoção da saúde para os lares, instituições educacionais e comunidade em geral. Sabemos que a falta de tempo durante a jornada de trabalho pode muitas vezes dificultar estas atividades, porém acreditamos que os esforços são compensados com a gratificação pelo trabalho cumprido.

Concluir este trabalho, mais uma vez está despertando sentimentos inigualáveis dentro de nós. Sentimento de dever cumprido, de um sonho que está prestes a se realizar, ou seja, sermos Enfermeiras, além de sabermos que somos capazes de atuar como tal, colaborando para a construção de um viver mais saudável. Não podemos dizer que estamos prontas, mas sim preparadas para enfrentar os desafios da carreira que escolhemos e cientes de que, este processo educativo e renovador que citamos em todo o trabalho, fará parte continuamente de toda a nossa trajetória.



## 9. REFERÊNCIAS

ANDERSSON R. **The role of accidentology in occupational injury research.** Stockholm, National Institute of Occupational Health, Arbete och Hälsa 1991:17 (PhD Thesis).

BARACAT, E.C.E. et al. **Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, São Paulo.** Jornal de Pediatria, São Paulo, v. 76, n.5, set/out 2000.

BASS, J.L., MICIK, S. **Prioridades do aconselhamento sobre prevenção de lesões traumáticas pediátricas.** Pediatrics (Edição Brasileira), Academia Americana de Pediatria. v.1, n. 9, julho 1997.

BITTENCOURT, P., CAMARGOS, P. **Aspiração de corpos estranhos.** Jornal de Pediatria, São Paulo, v. 78, n.1, jan/fev 2002.

BLANK, Danilo. **Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20?** Jornal de Pediatria, São Paulo, v. 78, n.2, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica.** Brasília, 1999.

BRASIL, Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda – Rio de Janeiro. **Repensando o SUS em Volta Redonda**. Experiências inovadoras na implementação do SUS. Ministério da Saúde. Conferencia de Nacional de Saúde On – line, 17/09/1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns> . Acesso em: 20 jan 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Comissão para a prevenção de intoxicações e traumatismos. **Quedas de janelas, telhados e varandas**. Pediatrics (Edição Brasileira), Academia Americana de Pediatria. v.5, n.8, setembro 2001.

BRASIL, Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **Os Estados na Constituição do SUS**. Brasília: CONASS, 1998. 111p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**, (1997).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **A mortalidade por causas externas no Brasil no ano de 1997**. Estudos Epidemiológicos.ago/2000: 97-123.

BRITO, Valdete Herdt. **Desvelando o Processo Ensino-Aprendizagem da assistência de Enfermagem** – ação e reflexão sobre a realidade com o corpo docente. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.

CHIESA, A. M., VERISSIMO, M. L. R. **Pressupostos de Educação em Saúde**, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.\\_\\_\\_\\_ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1](http://www.ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1). Acesso em: 01 out 2002.

COSTA, D. et al. **Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes**. Jornal de Pediatria, São Paulo, v. 75, n.3, maio/junho, 1999.

CUNHA, Roberto A. F. **Promovendo a saúde e cuidando da família através da educação e prevenção de acidentes**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1999.

DONOSO, Míguir T. V. **Condições envolvidas na ocorrência de acidentes em população infantil atendida em um hospital de pronto socorro de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belo Horizonte, 2000.

ESMERALDINO, A. de Quadra. **Ação educativa de enfermagem, junto à família de crianças desnutridas, inseridas numa área de abrangência do PSF em Florianópolis**.

Projeto assistencial de conclusão da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1999.

EVANGELISTA, A. S. M., ZYTKUEWISZ, G.V. **Compartilhando conhecimentos rumo a construção do saber: uma proposta assistencial destinada à gestante, sob a ótica da Estratégia de Saúde da Família.** Projeto assistencial de conclusão da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 2002.

FINLAND. Ministry of social affairs and health, Department for Promotion and Prevention. **Accidents in Finland, 1996.** Helsinki, 1997.

FISCHER, G. et al. **Acidentes na infância.** Jornal de Pediatria, São Paulo, v.64, n.7, julho 1988.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 17 ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** 19 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1993.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1978.

LAFLAMME L. **Social inequality in injury risks: Knowledge accumulated and plans for the future.** Stockholm, National Institute of Public Health, 1998:33.

LAFLAMME L., EILERT-PETERSSON E. & SCHELP L. **Public-Health surveillance, injury prevention and safety promotion.** In: Laflamme L., Svanström L. & Schelp L. Safety promotion research. Stockholm, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, 1999, p. 63-82.

LAFLAMME L. & MENCKEL E. **School injuries in an occupational health perspective: What do we learn from community-based epidemiological studies?** Injury Prevention 1997, 3:50-56.

LEVY, S. N. et al. **Educação em saúde, histórico, conceitos e propostas.** Ministério da saúde. Diretoria de programas de educação em saúde. Conferencia Nacional de Saúde On-line, 06/11/1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns> . Acesso em: 01 out 2002.

LIMA M.L.C. & XIMENES. **Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):829-840, 1998.

MONTICELLI, M. & SILVA, D. M. G. **Teorias de Enfermagem.** Texto elaborado para disciplina de Fundamentação Teórica de Enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1997.

REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Avaliação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – uma reflexão analítica.** Florianópolis,



Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1989.

RIVARA, F., GROSSMAN, D. C. **Prevenção da mortalidade por lesões traumáticas em idade pediátrica nos Estados Unidos: Onde chegamos e até onde teremos de ir?** Pediatrics (Edição Brasileira), Academia Americana de Pediatria. v.1, n. 1, setembro 1996.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde e Desenvolvimento Social. **Normatização do Atendimento da Criança de 0 a 6 anos.** 2ª edição. Florianópolis, 2000.

SANTORO, Mario. **Saúde e violência na infância e na adolescência.** Jornal de Pediatria, São Paulo, v.70, n.5, set/out, 1994.

SCHREIBER, P. K., SARTOR, V. B. **Contribuição à estruturação do serviço de farmácia na rede de atenção primária à saúde, constituída no distrito docente assistencial UFSC/PMF.** Trabalho de conclusão de estágio supervisionado do Curso de Graduação em Farmácia. UFSC, 2000.

SCHVARTSMAN, Samuel. **Acidentes na infância.** São Paulo: Almed, 1986.

SIQUEIRA, Hedi Crescencia Hecker de. **Construção de um processo educativo, através do exercício da reflexão crítica sobre a prática assistencial integrativa, com um grupo**

**de enfermeiros de um hospital universitário.** Florianópolis, p.218. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1988.

**TEIXEIRA A.M.F.B. Morbidade por acidentes em crianças menores de dez anos na zona urbana de Pelotas, 1992.** Departamento de Medicina Social, UFPEL, 1993, Dissertação de Mestrado.

**TRAMONTINA, P. C., BLANK, V. L. G. Morbidade de acidentes em crianças menores de 12 anos atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão no ano de 2000.** Relatório final da Bolsa de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ, período 2001/2002. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

**ZAMPIERI, Maria de Fátima M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes.** Florianópolis, p. 170. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1998.

**WONG, Donna L. Enfermagem Pediátrica.** 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## **10. APÊNDICES**

**Apêndice1: Material educativo fixado no mural do Centro de Saúde.**

# PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

# O QUE VOCÊ PODE FAZER PARA EVITÁ-LOS

Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC:  
Priscilla Cibeles Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini

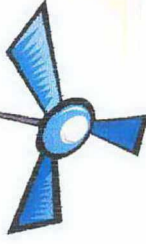
# CORTES

Evitar ambientes  
com móveis de  
bordos cortantes.

Manter em locais  
seguros e altos: facas,  
garfos, tesouras, e  
outros objetos com  
ponta.



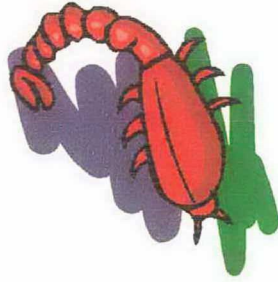
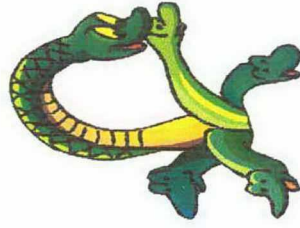
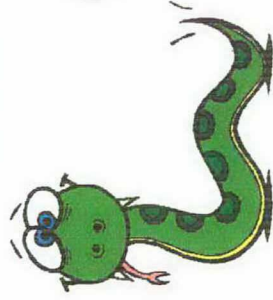
Impedir manuseio  
pela criança de  
ventiladores.



Não permitir que a criança  
manuseie ferramentas e  
brinque com lâminas,  
arame farpado, etc.



# PICADAS VENENOSAS E MORDEDURAS



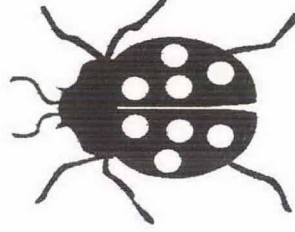
Orientar a criança que  
desvie de animais  
soltos na rua.



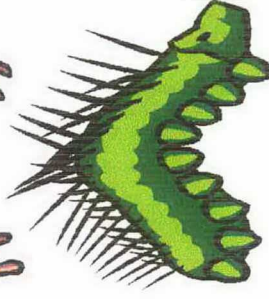
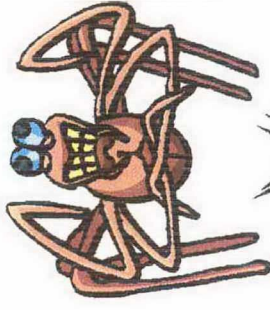
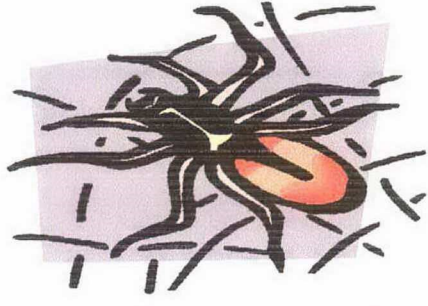
Manter a casa e quintal limpos,  
livre de entulhos, lixo e teias de  
aranha para evitar presença de  
raros, aranhas, cobras e insetos.



Usar inseticidas com  
cuidado e longe do  
alcance das crianças.



Manter animais  
domésticos presos.



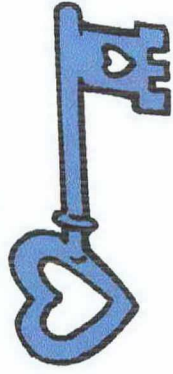
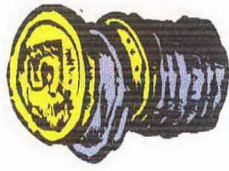


# CORPOS

## ESTRANHOS



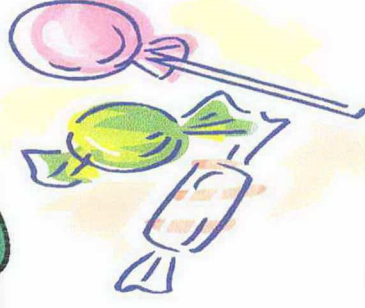
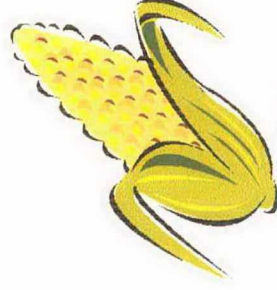
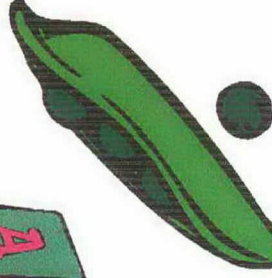
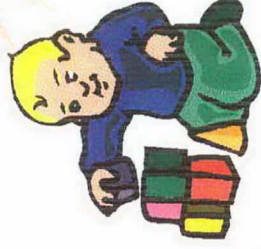
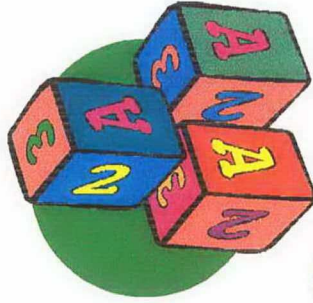
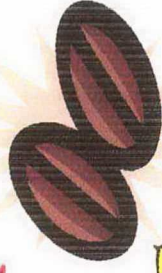
Manter fora do alcance das crianças: moedas, chaves, amendoim, feijão, naftalina, etc.



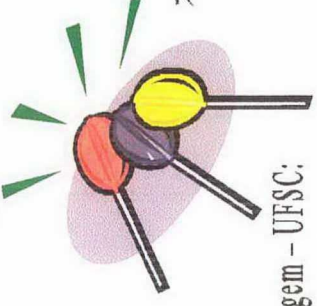
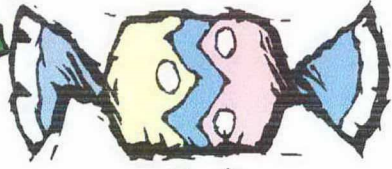
Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC:  
Priscilla Cibele Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini



Oferecer a criança objetos grandes, que não possam ser engolidos.



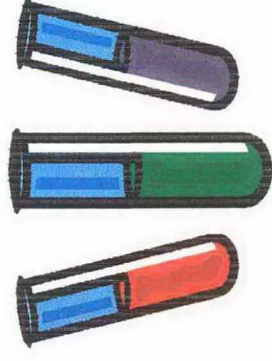
Não oferecer chicletes, balas e pipocas à crianças pequenas.



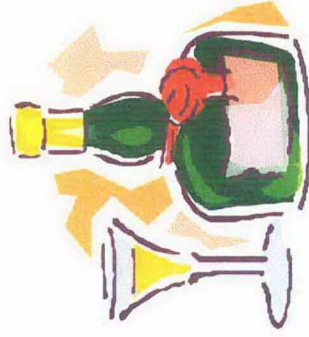
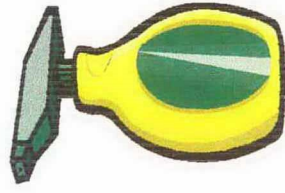


# INTOXICAÇÃO

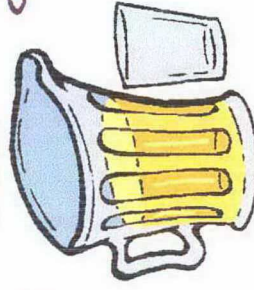
Manter o produto dos recipientes identificados.



Nunca deixar frascos com restos de medicamentos ao alcance das crianças.



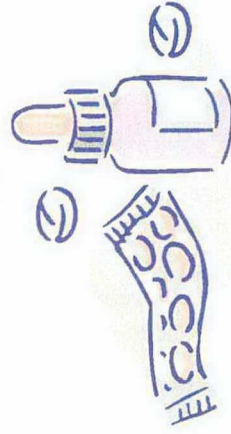
Criança não deve ter acesso à bebidas alcoólicas.



Guardar em local alto e seguro, remédios e substâncias tóxicas (produtos de limpeza, inseticidas, etc.).



A criança deve tomar os remédios somente dado pelos pais ou responsável.



Usar medicamentos apenas prescritos pelo médico.





Manter banheiras ou recipientes com

água quente (chaleira) longe do

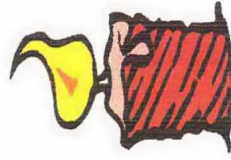
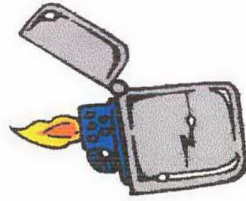
alcance de crianças.

# QUEIMADURAS

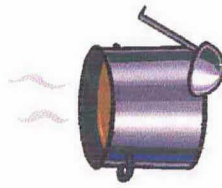
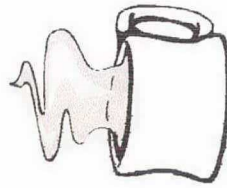
Impedir o acesso da

criança a fogões, ferros,

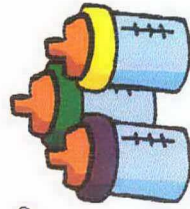
lampiões e velas.



Manter longe do alcance das crianças garrafas térmicas e panelas quentes.



Testar a temperatura de líquidos e alimentos (mamadeira, sopa, mingau, etc) antes de oferecer a criança.

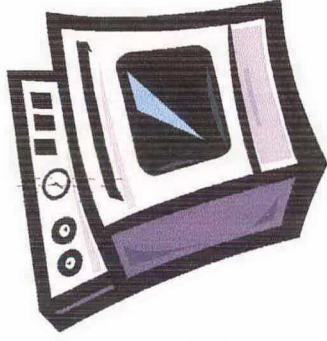
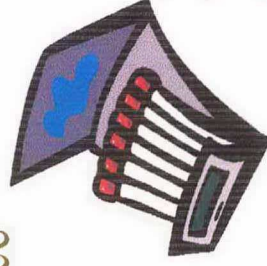


Verificar a temperatura da água do banho antes de colocar a criança.

Evitar que a criança brinque com fogos de artifícios: "rojão", "bombinhas".



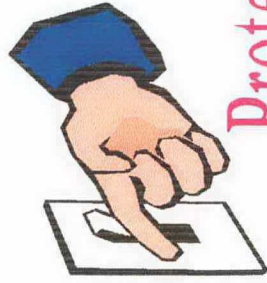
Manter fora do alcance das crianças frascos contendo álcool, querosene, gasolina.



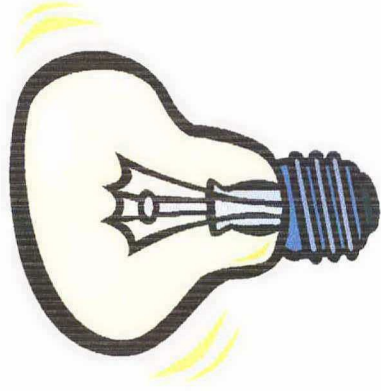
Evitar o acesso da criança à isqueiros, fósforos e cigarros.

# CHOQUE ELÉTRICO

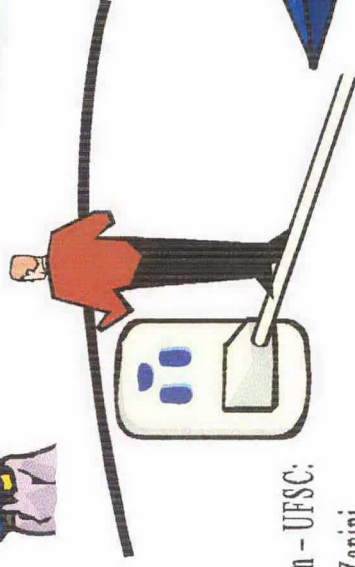
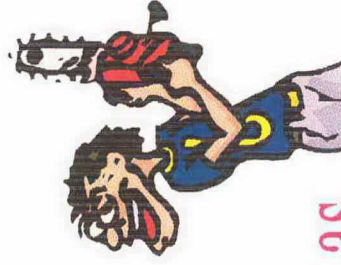
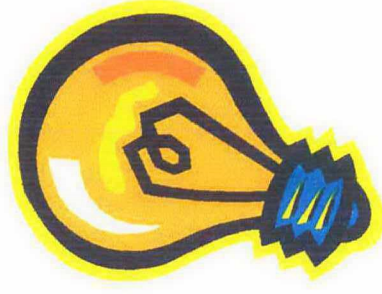
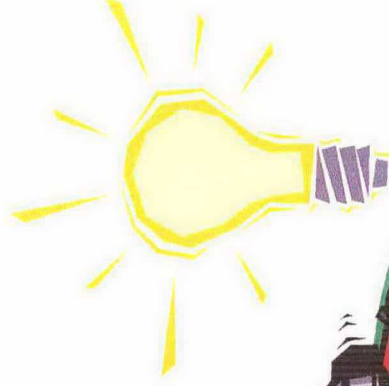
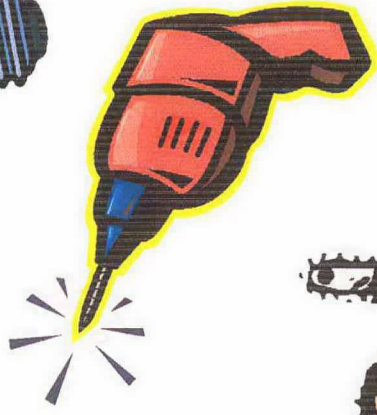
Não permitir que as crianças mexam em eletrodomésticos.



Proteger as tomadas.



Fios e aparelhos devem ser mantidos em perfeitas condições e mantidas fora do alcance de crianças.



Encapar e esconder os fios.

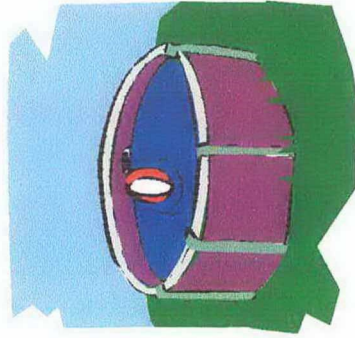


# AFOGAMENTOS

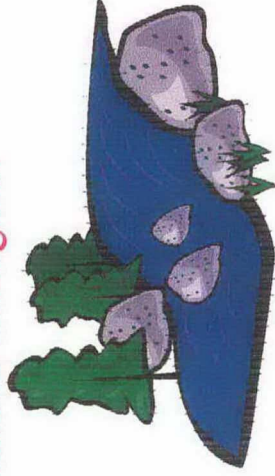
Nunca deixar a criança sozinha na banheira ou próxima a poços e baldes ou bacias que contenham água.



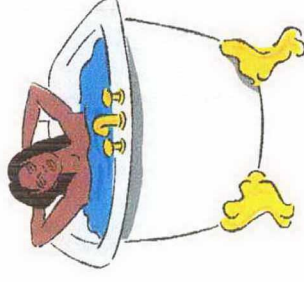
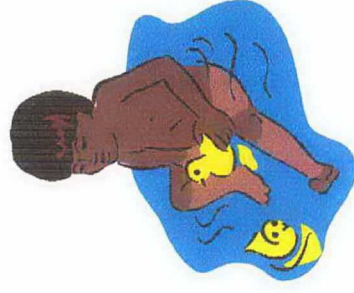
**Aprender técnicas básicas de primeiros socorros em afogamentos.**



**Vigiar a criança quando ela estiver em piscinas, rios e lagoas.**



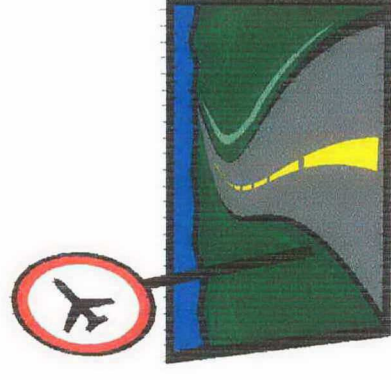
**Conforme a idade da criança, ensiná-la a nadar e fazer uso de bóias para flutuar na água.**



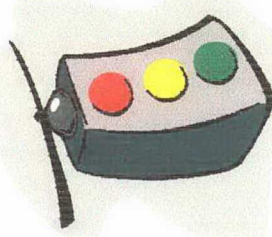


# ACIDENTES DE TRÂNSITO

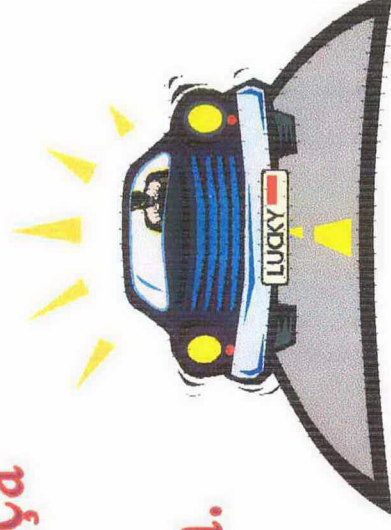
Uso de equipamentos e cinto de segurança para o transporte da criança.



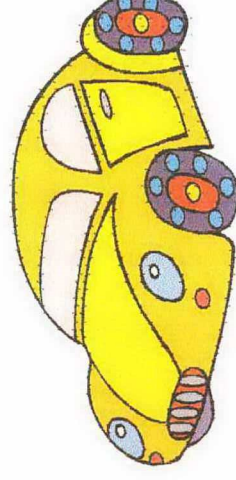
Orientar a criança para que olhe para os dois lados da rua ao atravessá-la.



**Segurar a criança pela mão ao atravessar a rua.**



Transportar crianças menores de 12 anos sempre no banco traseiro.



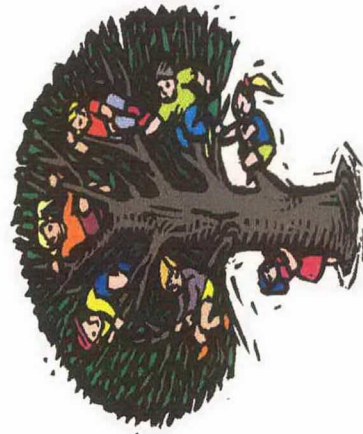
**Dirigir com segurança.**

Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC;  
Priscilla Cibele Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini

# QUEDAS



Uso de berços com grades; as grades devem ser mantidas elevadas. As grades do berço devem ser espaçadas de modo a não permitir a passagem da cabeça da criança.



Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC:  
Priscilla Cibele Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini

Trancar portas que sejam caminhos para escada.

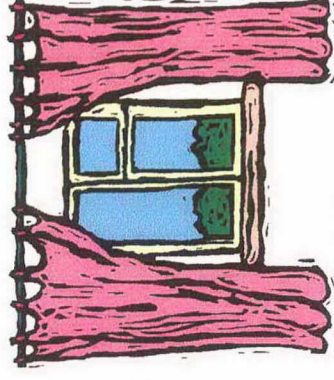


Manter o chão da área em que a criança brinca sem tapetes, não encerado, sem objetos e não molhado.



Impedir que a criança suba em janelas, muros e árvores altas.

Fechar as janelas que a criança tem acesso.



Não permitir que crianças pequenas carreguem bebês no colo.



Não permitir que a criança corra em áreas acidentadas e ou com alimentos na boca.



Não deixar a criança sozinha em locais que possa cair: camas, mesa de troca de roupas, banheira, cadeira.



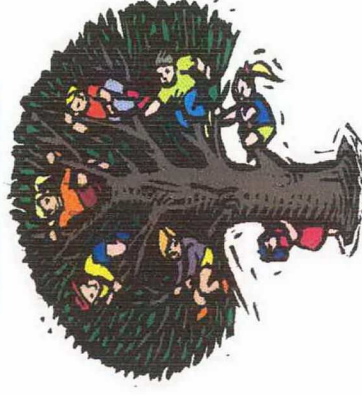
# CUIDADOS

- Picadas venenosas ou mordeduras: levar à unidade básica de saúde ou pronto socorro.
- Queimadura: não tocar nem colocar nenhum produto sobre a área queimada; lavar a área queimada com água; oferecer líquidos a criança; não furar as bolhas; casos graves procurar assistência médica.
- Quedas: quando suspeitar de fraturas não mexer e chamar os bombeiros; se a criança bater a cabeça levar ao hospital; em pancadas mais leves, aplicar compressas frias ou bolsa de gelo.
- Cortes: lavar as mãos antes, limpar ferimento com água e sabão e proteger com pano limpo; não retirar vidros ou farpas do ferimento e quando for um corte profundo, procurar atendimento médico.
- Choque elétrico: desligar a corrente elétrica ou afastar a criança utilizando borracha, madeira ou plástico; colocar a criança em local ventilado; verificar se a criança está respirando; se necessário levar ao hospital.
- Corpsos estranhos: não tentar retirar; conforme o local da obstrução: fazer a criança expulsar ar pelo nariz; deitar a criança com o ouvido obstruído para baixo; fazer a criança tossir inclinada para frente e para baixo; se o objeto não sair procurar atendimento médico.
- Afogamento: verificar se a criança está respirando e chamar os bombeiros.
- Acidente de trânsito: conforme a gravidade, imobilizar e chamar os bombeiros.
- Intoxicação: produtos corrosivos: não provocar vômito e oferecer água, leite ou sucos. Produtos não corrosivos: provocar vômito e não dar alimentos. Em ambos os casos levar a unidade básica de saúde ou pronto socorro.

## Apêndice 2: Folder sobre prevenção e cuidados com acidentes na infância.



# Prevenção de Acidentes na Infância



Dicas simples de  
como você pode  
evitá-los



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA

CURSO DE GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM

PROJETO ASSISTENCIAL DE  
CONCLUSÃO DE CURSO

LOCAL DE ESTÁGIO:  
CENTRO DE SAÚDE  
DO BAIRRO  
ITACORUBI

ACADÊMICAS  
PRISCILLA TRAMONTINA  
TEREZA CRISTINA ZANINI

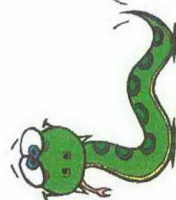
ORIENTAÇÃO: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup>  
VERA LÚCIA G. BLANK

SUPERVISÃO: ENF<sup>a</sup>  
CLEUSA ROSÁLIA  
PACHECO DE SOUZA

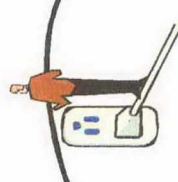
FLORIANÓPOLIS, 2002



## QUEDAS



## PICADAS VENENOSAS E MORDEDURAS



## CHOQUE ELÉTRICO

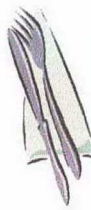
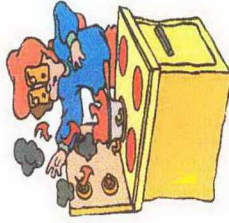
- Usar berços com grades. As grades do berço devem ser separadas não permitindo a passagem da cabeça.
- Trancar portas que sejam caminhos para escada.
- Manter o chão sem tapetes e não encerado.
- Não deixar a criança sozinha em locais que possa cair: camas, mesa de troca de roupas, banheira, cadeira.
- Não permitir que crianças pequenas carreguem bebês no colo.
- Não deixar que a criança suba em janelas, muros e árvores altas.

- Manter a casa e quintal limpos, livre de entulhos, lixo e teias de aranha.
- Usar inseticidas com cuidado e longe do alcance das crianças.
- Orientar a criança que desvie de animais soltos na rua.
- Manter animais domésticos presos.

- Fios e aparelhos devem ser mantidos em perfeitas condições e mantidas fora do alcance de crianças.
- Encapar e esconder os fios e proteger as tomadas.



## QUEIMADURAS



## CORTES



## CORPOS ESTRANHOS



- Verificar a temperatura da água do banho antes de colocar a criança.
- Verificar a temperatura de líquidos e alimentos (mamadeira, sopa, mingau, etc) antes de oferecer a criança.
- Não permitir o acesso da criança a fogões, ferros, lâmpades, isqueiros, fósforos, cigarros e velas.
- Manter banheiras, garrafas térmicas, chaleiras ou panelas com água quente longe do alcance de crianças.
- Manter fora do alcance das crianças garrafas que contenham querosene, gasolina ou álcool.
- Não permitir que a criança brinque com fogos de artifícios como rojão ou bombinhas.
- Evitar que a criança se exponha ao sol das 10 às 15 horas, principalmente no verão.

- Evitar móveis de bordos cortantes ou proteger os cantos.
- Manter em locais seguros e altos: facas, garfos, tesouras, ventiladores e outros objetos com pontas.

- Oferecer a criança objetos grandes, que não possam ser engolidos.
- Manter fora do alcance das crianças: amendoim, feijão, naftalina, moedas, chaves, etc.
- Não dar balas, chicletes ou pipocas às crianças pequenas.



## INTOXICAÇÃO



## AFOGAMENTO



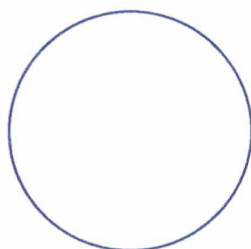
## ACIDENTE DE TRÂNSITO



- Guardar em local alto e seguro, remédios, produtos de limpeza, inseticidas, etc e mantê-los identificados.
- Deixar frascos com restos de medicamentos longe do alcance das crianças.
- Não permitir que a criança tenha acesso a bebidas alcoólicas.
- Nunca deixar a criança sozinha na banheira ou próxima a poços e baldes ou bacias que contenham água.
- Conforme a idade da criança, ensiná-la a nadar e fazer uso de bóias para flutuar na água.
- Vigiar a criança quando ela estiver em piscinas, rios e lagoas.
- Aprender técnicas básicas de primeiros socorros em afogamentos.
- Orientar a criança para que olhe para os dois lados da rua ao atravessá-la.
- Transportar crianças menores de 12 anos sempre no banco traseiro.
- Segurar a criança pela mão ao atravessar a rua.
- Uso de equipamentos e cinto de segurança para o transporte da criança.
- Dirigir com segurança.



**Apêndice 3: Tamanho de objetos que não podem ser oferecidos a crianças menores de três anos.**



Não dê brinquedos ou objetos para crianças menores de 3 anos que sejam de tamanho igual ou menor do que esta figura.



## CAÇA - PALAVRAS

### PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA

Encontre as palavras que são nomes de objetos que podem provocar acidentes !

As palavras são: fios, vela, remédios, tesoura, isqueiro, tomada, ventilador, aranha, fósforo, escada, faca e fogão.

A	B	F	H	G	T	J	D	S	A	T	T	G	H	E
F	V	A	I	R	T	P	F	E	B	O	F	R	I	S
G	E	C	L	T	O	P	O	H	J	M	O	D	K	C
H	N	A	O	T	P	S	S	V	S	A	V	S	Y	A
I	T	R	J	N	P	I	F	E	N	D	H	Q	V	D
J	I	Y	Y	S	L	J	O	U	E	A	M	F	N	A
K	L	Q	T	O	E	T	R	I	T	I	E	O	C	U
L	A	U	R	P	P	R	O	A	H	A	O	G	T	L
I	D	N	E	G	T	O	N	K	Y	C	D	A	T	O
S	O	T	N	A	R	A	N	H	A	P	S	O	P	K
T	R	R	R	T	C	G	I	S	Q	U	E	I	R	O
U	O	I	O	T	L	R	D	S	C	R	C	B	N	T
T	E	S	O	U	R	A	S	R	N	B	C	I	J	U
V	I	O	E	R	U	T	E	S	R	T	N	J	T	A
F	U	S	I	R	S	R	E	M	E	D	I	O	S	Q
F	I	O	S	I	Y	R	A	O	I	Z	V	E	L	A

## PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA

Encontre as palavras que são nomes de objetos que podem provocar acidentes !

As palavras são: fios, vela, remédios, tesoura, isqueiro, tomada, ventilador, aranha, fósforo, escada, faca e fogão.

A	B	F	H	G	T	J	D	S	A	T	T	G	H	E
F	V	A	I	R	T	P	F	E	B	O	F	R	I	S
G	E	C	L	T	O	P	O	H	J	M	O	D	K	C
H	N	A	O	T	P	S	S	V	S	A	V	S	Y	A
I	T	R	J	N	P	I	F	E	N	D	H	Q	V	D
J	I	Y	Y	S	L	J	O	U	E	A	M	F	N	A
K	L	Q	T	O	E	T	R	I	T	I	E	O	C	U
L	A	U	R	P	P	R	O	A	H	A	O	G	T	L
I	D	N	E	G	T	O	N	K	Y	C	D	A	T	O
S	O	T	N	A	R	A	N	H	A	P	S	O	P	K
T	R	R	R	T	C	G	I	S	Q	U	E	I	R	O
U	O	I	O	T	L	R	D	S	C	R	C	B	N	T
T	E	S	O	U	R	A	S	R	N	B	C	I	J	U
V	I	O	E	R	U	T	E	S	R	T	N	J	T	A
F	U	S	I	R	S	R	E	M	E	D	I	O	S	Q
F	I	O	S	I	Y	R	A	O	I	Z	V	E	L	A

# CRUZADINHAS

## PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA

Escreva o nome dos lugares e objetos perigosos!

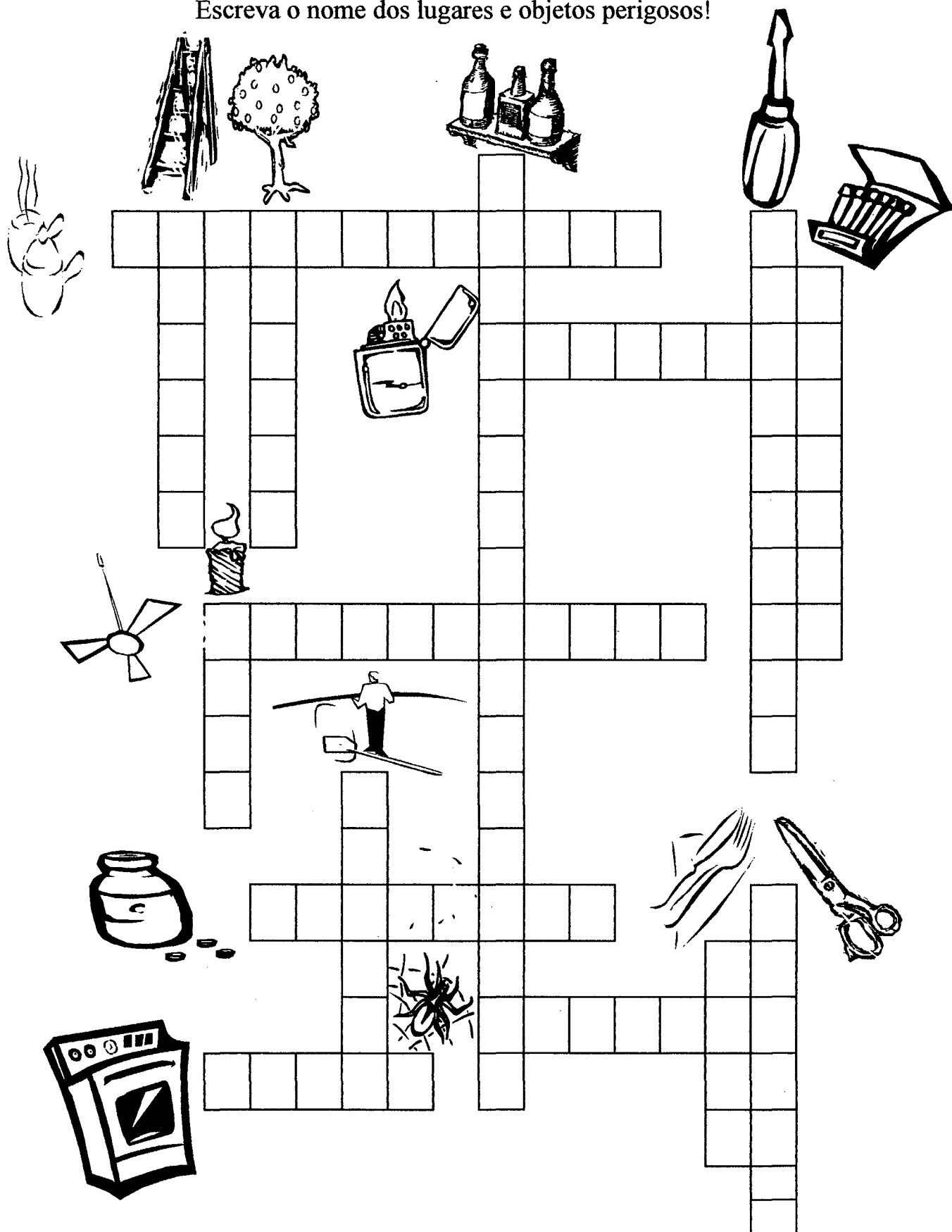
The crossword puzzle grid is filled with the following words:

- PANELAQUENTE** (Across 1)
- BOMBASQUEIRO** (Down 1)
- FERRAMENTAS** (Down 2)
- VENTILADOR** (Across 2)
- CORTADOR** (Down 3)
- REMEDIOS** (Across 3)
- ARANHAS** (Across 4)
- FOGAO** (Across 5)

# CRUZADINHAS

## PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA

Escreva o nome dos lugares e objetos perigosos!





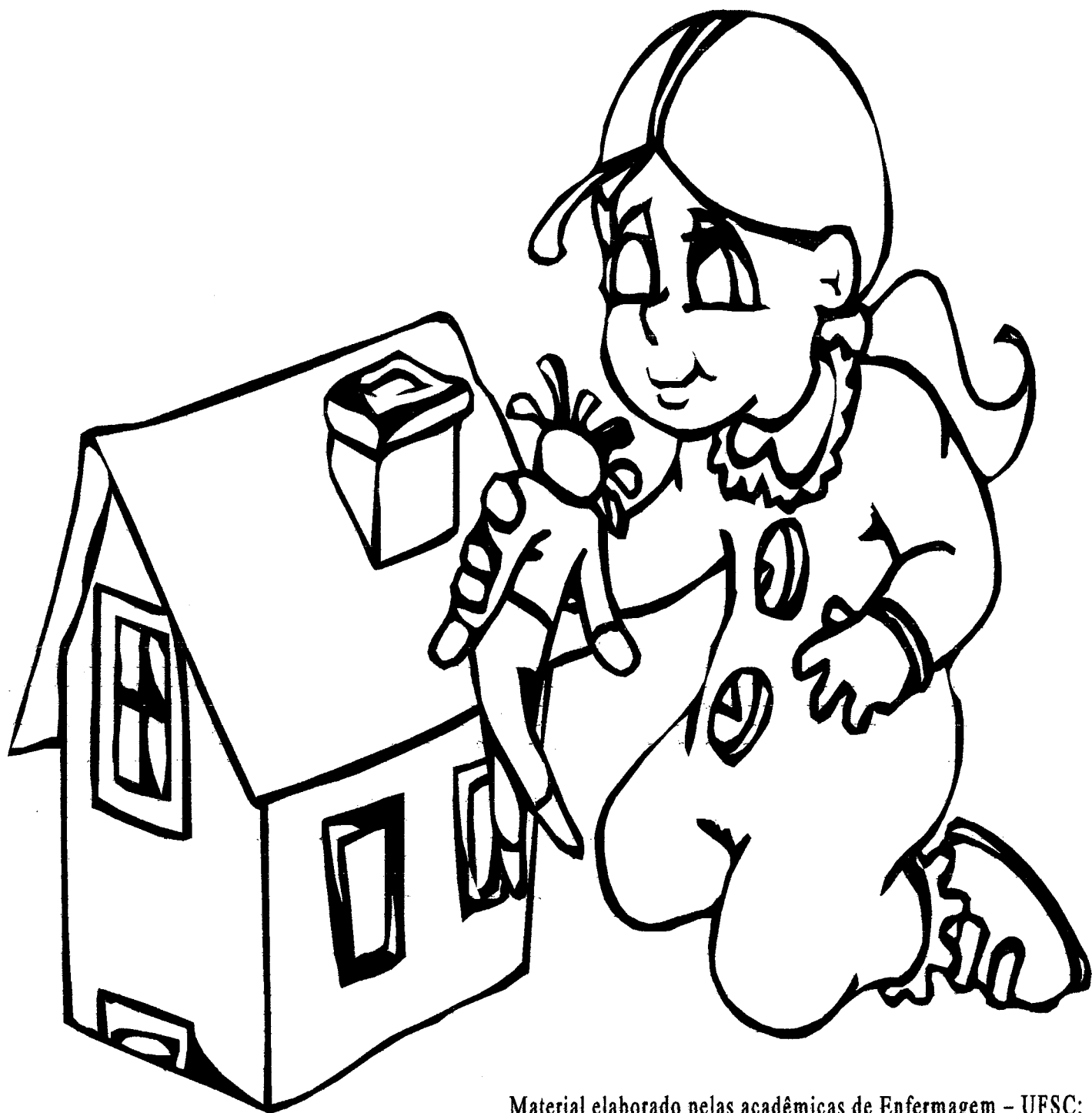
VAMOS COLORIR OS OBJETOS QUE NÃO PODEMOS BRINCAR!



Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC:  
Priscilla Cibele Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini



*EU, \_\_\_\_\_,*  
*PARTICIPEI DA ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE PREVENÇÃO*  
*DE ACIDENTES NA INFÂNCIA NO DIA 26/11/02 NA CRECHE*  
*MUNICIPAL JOAQUINA MARIA PERES.*



Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC:  
Priscilla Cibele Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini

*EU, \_\_\_\_\_,  
PARTICIPEI DA ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE PREVENÇÃO  
DE ACIDENTES NA INFÂNCIA NO DIA 26/11/02 NA CRECHE  
MUNICIPAL JOAQUINA MARIA PERES.*



Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC:  
Priscilla Cibele Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini

## **Apêndice 6: Material educativo fornecido aos pais da reunião mensal da creche.**

### **LISTA DE CUIDADOS**

- Confira se a sua casa apresenta perigos ou se as suas crianças estão seguras em relação aos acidentes domésticos.
- 01. Cantos de móveis podem machucar as crianças. Os móveis com cantos arredondados ou com proteções evitam este tipo de acidentes.
- 02. Crianças e bebês costumam colocar os dedos ou objetos pontudos nas tomadas, o que pode causar choques elétricos. Você usa protetores em todas as tomadas?
- 03. Móveis perto de janelas podem provocar graves quedas, pois a criança pode subir na janela e sofrer acidentes. Evite colocar móveis próximos a janelas e, se possível coloque grades nas janelas.
- 04. Eletrodomésticos como televisão, aparelhos de som devem ser mantidos fora do alcance das crianças, principalmente com os fios sempre encapados e escondidos., o que evita que as crianças se pendurem ou puxem os fios e derrubem os eletrodomésticos, muitas vezes em cima dela.
- 05. Brinquedos muito pequenos, pilhas, moedas, chaves entre outros objetos podem provocar engasgos nas crianças. Evite deixar estes objetos ao alcance de crianças.
- 06. As grades dos berços precisam estar sempre levantadas para evitar quedas e ter um espaço pequeno entre elas para que a criança não prenda a cabeça.
- 07. Evite usar cordões nas chupetas das crianças ou enfeites no pescoço delas pois podem provocar sufocamento ou enforcar a criança.
- 08. Armas de fogo devem ser mantidas longe do alcance das crianças. Se possível, não ter armas dentro de casa, pois as crianças podem confundi-las com brinquedo e provocar sérios acidentes.
- 09. Manter sempre longe do alcance das crianças ferros de passar roupas e secadores de cabelos, pois podem provocar queimaduras e choques elétricos.
- 10. Produtos como perfumes, xampu, produtos de limpeza e higiene, inseticidas e medicamentos podem causar intoxicação ou envenenamento quando ingeridos pelas crianças. Manter esses produtos em locais altos e sempre com os rótulos.

- 11. Facas, garfos, objetos pontiagudos e cortantes, eletrodomésticos podem ferir as crianças se estiverem expostos. Guarde-os distante delas.
- 12. Quando estiver cozinhando, mantenha os cabos das panelas virados para dentro. Isso evita que as crianças puxem os cabos e sofram queimaduras.
- 13. Cozinhar ou tomar líquidos quentes com crianças no colo pode provocar graves queimaduras. Evite este tipo de atitude.
- 14. Mantenha sacolas e sacos plásticos longe do alcance das crianças. Eles podem coloca-los na cabeça e provocar acidentes como asfixia.
- 15. Procure, sempre que possível, acompanhar as crianças nos parquinhos ou pracinhas. Estes locais muitas vezes não são seguros e podem provocar acidentes.
- 16. Nunca deixe roupas de molho ao alcance das crianças. Elas podem sofrer intoxicações com os produtos colocados na água ou ainda, se caírem de cabeça dentro de baldes ou bacias, sofrer afogamentos.
- 17. Procure estar sempre por perto da criança quando ela estiver andando de bicicleta, patins ou skate. Se possível, usar equipamentos de segurança como capacetes.
- 18. Tome muito cuidado com locais úmidos e escuros, pois eles podem esconder animais peçonhentos como aranhas, cobras ou escorpiões.
- 19. Nunca deixe crianças sozinhas no banheiro, pois este é um local onde ocorrem muitos acidentes como quedas, intoxicações entre outros.

Apêndice 7: Cartões fornecidos aos Agentes Comunitários de Saúde e funcionários do Centro de Saúde



"Há pessoas que transformam o sol numa simples mancha amarela, mas há também aquelas que fazem de uma simples mancha amarela, o seu próprio sol"...

(Pablo Picasso)

Felicidades!!!  
Com carinho: Enfª Cleusa  
Priscilla e Tereza Cristina  
Outubro/2002





"Se a chama que está dentro de ti  
se apagar, as almas que estão ao  
teu lado morreram de frio"...

(Mauriac)

Obrigada por ter contribuido imensamente  
com o nosso trabalho! Desejamos a você  
um Natal repleto de amor e um Ano Novo  
cheio de prosperidades!

Priscilla Tramontina

Tereza Cristina Zanini

Dezembro/2002



Material elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem – UFSC:  
Priscilla Cibeles Tramontina e Tereza Cristina Vilen Zanini

Apêndice 8: Escala de trabalho dos funcionários do Centro de Saúde.

**CENTRO DE SAÚDE - ITACORUBI**  
**ESCALA DE TRABALHO - MÊS FEVEREIRO DE 2003**

	03	04	05	06	07	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Ângela – Técnica de Enfermagem	M/T	M	M	F	M	M/T	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T	M
Maria Aparecida – Auxiliar de Enfermagem	M	M/T	M	M	M/T	M	F	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T
Roseli - Técnica de Enfermagem	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	F	T	T/M	T	T	T/M	T
Rose - Técnica de Enfermagem	T	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	T/M	T	F	T	T	T/M

**OBS:**

M/T: dias de trabalho pela manhã e tarde.

F: folga.

Carga horária: 40 h semanais.

Horário de trabalho: 7:30 as 12:00h / 13:15 as 18:30 h

**CENTRO DE SAÚDE - ITACORUBI**  
**ESCALA DE TRABALHO - MÊS MARÇO DE 2003**

	03	04	05	06	07	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Ângela – Técnica de Enfermagem	M/T	M	M	F	M	M/T	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T	M
Maria Aparecida – Auxiliar de Enfermagem	M	M/T	M	M	M/T	M	F	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T	M	M/T	M	M	M/T
Roseli - Técnica de Enfermagem	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	F	T	T/M	T	T	T/M	T
Rose - Técnica de Enfermagem	T	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	T/M	T	T/M	T	T	T/M	T	F	T	T	T/M

**OBS:**

M/T: dias de trabalho pela manhã e tarde.

F: folga.

Carga horária: 40 h semanais.

Horário de trabalho: 7:30 as 12:00h / 13:15 as 18:30 h



# VISITA DOMICILIAR

O Profissional de Saúde e/ou Agente Comunitário, ao agendar as visitas domiciliares não devem esquecer:

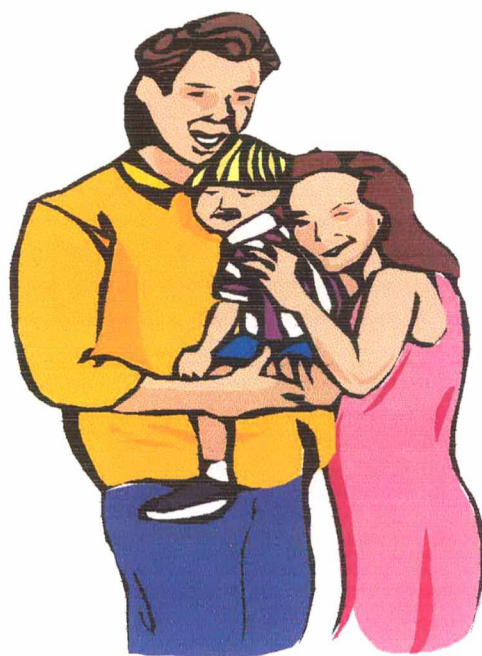
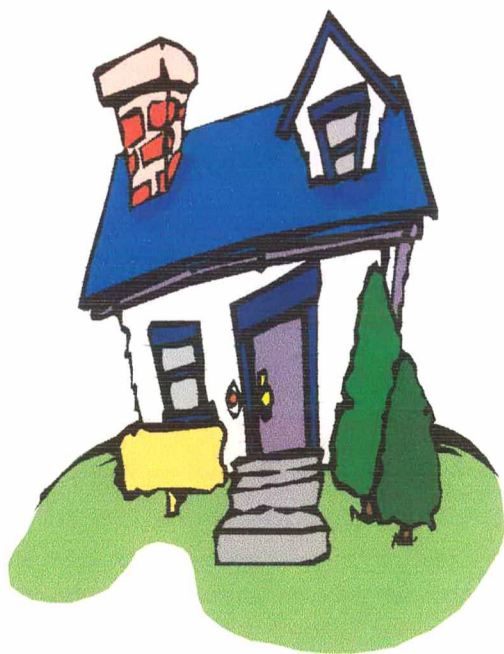
- Anotar o nome da pessoa a ser visitada;
- Motivo da consulta;
- Número do Cartão do SUS;
- Endereço completo com ponto de referência.



*P.S: A visita só será possível se os dados estiverem completos.*

# Registro de Visita Domiciliar

■ Não esqueça de anotar o número da visita e a data.



P.S: Não esqueça de anotar também o número do prontuário da pessoa visitada.



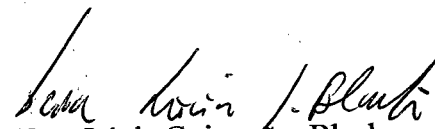


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente relatório atende as recomendações da banca examinadora. O trabalho desenvolvido pelas acadêmicas apresenta uma contribuição importante na área de prevenção de acidentes em crianças no âmbito da comunidade no município de Florianópolis. Vale a pena ressaltar que as atividades de prevenção de acidentes implementadas pelas acadêmicas no Centro de Saúde do Itacorubi foram assumidas pelos profissionais (médicos e enfermeira) em sua rotina assistencial. Ressalta-se ainda, que o folder elaborado será reproduzido e adotado pela Secretaria Municipal de Saúde em suas unidades básicas de atendimento.

  
Vera Lúcia Guimarães Blank